

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 164

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DÉLIRES
TRANSITOIRES SÉNILES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon MICHAUD,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Logras (Ain, pays de Gex), le 19 avril 1862



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 164

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DÉLIRES
TRANSITOIRES SÉNILES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon MICHAUD,

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Logras (Ain, pays de Gex), le 19 avril 1862



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET	DOYEN.
M. LACASSAGNE	ASSESEUR.
M. CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	HUGOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	MONODUNQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrege
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements	POLLOSSON (A.), —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. ROQUE et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552405_0073

INTRODUCTION.

L'étude des « psychoses de la vieillesse », dit M. le docteur Ritti dans son très important rapport sur ce sujet au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, 1895, constitue un chapitre en quelque sorte nouveau de la pathologie mentale. Les premiers travaux entrant vraiment dans le cœur de la question sont de date relativement récente. Mais malgré les nombreuses observations recueillies, les mémoires et thèses publiés dans ces dernières années, bien des points restent encore obscurs et prêtent à la controverse.

L'un de ces points, ainsi visés par l'auteur que nous venons de citer, c'est la genèse des délires transitoires chez les vieillards. Depuis plusieurs années, on connaît l'existence de ces délires, on en a décrit les symptômes et la marche, mais leur pathogénie présente encore nombre de points à élucider. Or, M. le professeur Pierret a toujours insisté sur l'intérêt qu'offre à ce point de vue, l'étude de psychoses temporaires qui apparaissent chez des sujets athéromateux séniles, semblent liées à des causes infectieuses, toxiques, ou auto-toxiques et s'effacent sous l'influence d'une hy-

giène ou d'un traitement appropriés, pour ne laisser derrière elles, que l'état mental antérieur constituant le fond sur lequel elles s'étaient développées, état mental qui peut ne pas en être modifié ou au contraire être aggravé par le choc nouveau qu'il vient de ressentir.

C'est à son instigation que nous avons tenté de rechercher quelques cas de ce genre pour contribuer, dans la mesure de nos forces, à élucider un des côtés de ce problème si difficile et si complexe : la pathogénie des psychoses de la vieillesse. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse.

Nous avons trouvé en lui non seulement un maître, mais encore un ami, rempli de bienveillance, dont nous ne pourrons jamais oublier l'accueil aimable dans son service ou à son foyer. Qu'il veuille bien nous permettre de lui offrir l'hommage de notre plus profonde reconnaissance.

Nous aurions trouvé la tâche bien lourde sans le précieux concours de M. le docteur Taty, chef des travaux de pathologie et clinique mentales, qui ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, et de M. le docteur Jacquin, chef de clinique des maladies mentales, qui a toujours été pour nous un ami sincère et dévoué et qui a mis à notre disposition tous les matériaux qu'il possédait sur la question. Nous leur en exprimons notre plus vive reconnaissance.

M. le docteur Viallon, médecin-adjoint de l'Asile de Bron, chargé du service des femmes, nous a communiqué une observation. Nous l'en remercions bien vivement.

M. le professeur Soulier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui dire combien nous ressentons l'honneur qu'il nous fait et qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre plus vive gratitude.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous devons un souvenir et un hommage respectueux à nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon, spécialement à ceux dont nous avons été l'externe : le regretté professeur Léon Tripier, M. le professeur Gailleton, M. le professeur agrégé Weil et M. le docteur Garel, médecin des Hôpitaux, qui ont les premiers guidé notre inexpérience et nous ont fait faire nos premiers pas dans l'étude de l'art médical.

Nous avons à cœur de remercier M. le professeur Renaut de l'intérêt qu'il nous a témoigné maintes fois et plus particulièrement dans une circonstance douloureuse où nous avons fait appel à ses bons soins.

Nous tenons à nommer ici M. Bérard, professeur agrégé, qui a été pour nous un ami en même temps qu'un maître et qui nous a souvent, et sans compter, aidé de ses savantes leçons et de ses précieux conseils. Qu'il reçoive l'hommage de toute notre reconnaissance et de notre meilleur souvenir.

En terminant cette énumération, nous sommes heureux d'exprimer combien nous avons été sensible au bon accueil que nous avons toujours trouvé auprès des internes de l'Asile de Bron qui, en toutes circonstances, ont été pour nous les meilleurs camarades.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Si les travaux qui se sont occupés du rapport de l'athérome sénile avec la folie sont relativement nombreux, si même, dans les vingt dernières années, l'étude clinique des épisodes délirants de la démence sénile y a été poussée très loin, il en est peu, parmi ceux du moins qui sont venus à notre connaissance, dans lesquels soit recherchée, avec quelques détails, la genèse de ces épisodes.

C'est Auguste Voisin qui, dans ses *Leçons cliniques* (1), a signalé le premier la folie par anémie consécutive à l'athérome des vaisseaux et il revendique hautement cette priorité. Son travail est intéressant parce qu'il insiste, à une époque où le traitement des maladies mentales est encore trop dominé par des

(1) A. Voisin. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et les maladies nerveuses professées à la Salpêtrière.* — Paris, Baillière, 1883, p. 79 et s.

conceptions psychologiques pures, sur la nécessité pour le médecin aliéniste, de procéder à un examen minutieux de l'état physique de ses malades.

Mais l'auteur s'occupe de la folie athéromateuse à tous les âges et ne parle qu'incidemment des épisodes vésaniques qui se greffent sur l'état mental habituel des athéromateux séniles. C'est ainsi qu'il se borne à dire que la manie du vieillard n'a pas souvent d'autre cause que la congestion passive due à l'athérome, sans rechercher s'il n'y a pas un facteur étiologique qui intervient parfois, en outre, pour susciter ou aggraver cet état maniaque.

En 1888, la thèse de Bride (1), inspirée et dirigée par M. le professeur Pierret, sur le sommeil et l'insomnie des vieillards, et appuyée sur des recherches cliniques de MM. Taty et Belous faites à l'Asile de Bron et à l'Hospice d'Albigny, a résumé les principaux travaux parus à cette époque sur l'involution sénile et le mécanisme des lésions vasculaires de l'athérome dans cette involution. L'auteur attribue aux excitations cellulaires dues à la circulation vicieuse et à la présence de déchets mal éliminés et à la sclérose commençante un rôle pathogénique important dans la production de l'insomnie des vieillards, insomnie quasi physiologique. Nous y relèverons une observation fort intéressante à cause de l'autopsie et de l'examen microscopique du cerveau fait par M. le professeur Pierret, observation qui se rapporte au cas d'une malade entrée le 26 janvier

(1) Bride. — Le sommeil et l'insomnie chez les vieillards. Th. Lyon, 1888.

1881 et morte le 15 février, après avoir présenté le tableau clinique d'un délire aigu fébrile lié au développement d'une pneumonie.

L'autopsie montra l'existence de l'athérome artériel. Le sujet présentait des troubles mentaux depuis plusieurs années, mais c'était une exacerbation maniaque intense survenue en dernier lieu, et très probablement liée au développement de la pneumonie, qui avait nécessité l'internement. Le dénouement mortel de cet épisode était fatal, le délire aigu chez le vieillard, quelle qu'en soit la cause, étant toujours un état redoutable et se terminant à peu près fatalement par la mort. C'est la première observation de ce genre que nous ayons rencontrée.

La mise au rapport par le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des *Psychoses de la vieillesse* aurait dû, semble-t-il, susciter quelques recherches dans le genre de celle qui nous occupe. Cependant nous ne trouvons encore que peu de chose à signaler. Le rapport de M. Ritti, auquel nous emprunterons la description des caractères psychologiques de la vieillesse, contient un très bon et très complet historique de la question jusqu'à l'époque de sa rédaction. Une réédition en serait superflue et nous ne ferons qu'en résumer les points importants.

C'est, d'après lui, à Esquirol (1) qu'il faut faire remonter la connaissance des accès épisodiques vésaniques et le premier germe de distinction entre la *démence sénile proprement dite* et les *psychoses de la vieillesse*.

(1) Esquirol. — *Dictionnaire des sciences médicales*, t. VIII, p. 293. Paris, 1814.

Puis vient Morel qui fait observer, en 1852, qu'il n'est pas rare « de voir éclater chez les vieillards la folie avec ses formes les plus aiguës ». (1)

Le travail de Wille (2), première monographie sur les psychoses de la vieillesse, est le point de départ de toute une littérature spéciale, d'une série de publications qui éclairent la question au point de vue clinique. Parmi eux il faut signaler, celui de Fürstner (3) qui démontre la fréquence chez les vieillards de la confusion mentale (*Verworrenheit*). Sous ce nom Fürstner décrit une psychose hallucinatoire fréquente chez les vieillards (il l'a constatée onze fois) et qui *semble en rapport direct avec le processus athéromateux*.

Nous aurons à y revenir à propos de nos constatations personnelles.

M. Ritti ne consacre que quelques pages à l'étiologie de ces psychoses.

« Chez le vieillard comme chez l'adulte, dit-il, il faut admettre pour la genèse de la psychose une association de causes multiples. Et d'abord, la prédisposition héréditaire : tous les vieillards, en effet, ne deviennent pas aliénés, il y faut vocation, et cette vocation n'est autre que cette aptitude spéciale du cerveau, transmise par l'hérédité, à délirer, à mani-

(1) Morel. — *Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, etc.* Paris, 1852.

(2) Wille. — *Die psychosen des Greisenalters. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, t. XXX, 1873-1874).*

(3) Fürstner. — *Ueber die Geistesstörungen des Seniums. (Archiv. f. Psych. and Nervenkrank., t. XX, 1839).*

Voir aussi Pécharman. — *Psychoses de la vieillesse. Thèse Paris, 1893.*

fester, sous l'influence des moindres causes, les troubles nerveux les plus variés. Il est vrai que cette aptitude reste latente jusqu'aux dernières années de l'existence ; c'est bien le cas d'appliquer la formule chère à Renaudin : ces individus sont, toute leur vie, dans l'état de virtualité délirante ; ils sont bien en puissance de délire, mais leur cerveau résiste jusqu'au jour où il a subi ces modifications organiques qui caractérisent la vieillesse. Vienne alors le moindre choc moral, ce cerveau, jusque-là resté indemne, devenu maintenant *locus minoris resistentiæ*, finit par succomber, entraîné par la folie.

« Trois conditions sont donc nécessaires, indispensables, pour produire la psychose de la vieillesse : la prédisposition héréditaire, les transformations organiques que subit le cerveau par le progrès de l'âge, et, enfin, une cause occasionnelle qui est le plus souvent de nature morale, mais *qui peut être aussi d'ordre physique (troubles de la circulation, auto-intoxication, etc.)* » (1).

Ce dernier membre de phrase est, avec l'allusion aux lésions séniles athéromateuses tout ce que nous trouvons dans ce rapport au point de vue spécial de nos recherches avec une autre phrase de la septième conclusion où l'auteur énonce *qu'il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une auto-intoxication (urémie)*. (2).

(1) Ritti. — Loc. cit., p. 41.

(2) Ritti. — Loc. cit., p. 48.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cet important rapport, signalons, tout particulièrement, la communication de M. Vergely (1) qui présente six cas dans lesquels la prédisposition héréditaire paraît manquer totalement, tandis qu'il relève partout une cause toxique, d'origine pulmonaire, cinq fois une bronchite aiguë et une fois la tuberculose ; chez cinq malades la bronchite précède les troubles psychiques, qui *s'aggravent avec elle ou avec des accidents d'artérite sénile et de gangrène consécutive*.

L'auteur conclut que des troubles psychiques peuvent se montrer chez des vieillards, *que ni l'hérédité, ni des troubles nerveux antérieurs ne prédisposaient à ces accidents*, et qu'ils se montrent *après une affection aiguë ou une affection chronique repassée à l'état aigu*, surtout une maladie des voies respiratoires.

Pour MM. Mabilie et Lallemand (2), comme pour M. Ritti, c'est la prédisposition héréditaire vésanique qui domine la pathogénie des psychoses de la vieillesse, mais ils y ajoutent une hérédité spéciale, celle des lésions vasculaires ; leur communication ne fait pas allusion au rôle des maladies infectieuses.

En 1895, Cecil F. Beadles (3) se demande encore si les phénomènes de dégénérescence artérielle qu'il

(1) Vergely. — Six cas de psychose dans la vieillesse. Travaux du Congrès de médecine mentale. Bordeaux, 1895, p. 32.

(2) Mabilie. — La folie chez les vieillards. Congrès de Bordeaux, 1895, p. 25.

(3) Cecil F. Beadles. — Sur les lésions de dégénérescence du système artériel chez les aliénés. *The journal of mental science*, janvier 1895. Anal. in *Arch. Neur.*, 1896, I. p. 223.

étudie chez les aliénés sont primitifs ou secondaires et s'il faut voir en eux un des facteurs de la folie. L'auteur est d'avis que, dans certains cas et dans une certaine mesure, les altérations des artères peuvent être secondaires, mais qu'il y a des raisons suffisantes pour admettre que souvent elles sont primitives et précèdent de longtemps l'apparition des troubles mentaux. Il pense donc que l'état vacuolé et la dégénérescence des cellules nerveuses peuvent souvent être le résultat d'une insuffisance de la nutrition cellulaire due à l'interruption de la distribution sanguine mal accomplie par des artères détruites ou malades.

Si ce travail peut servir à l'étude de la folie athéromateuse, il ne touche pas encore à la question des poussées vésaniques surajoutées à cette même folie athéromateuse par une cause accidentelle.

M. Séglas fait une distinction intéressante. « Je vous rappellerai, dit-il, dans une de ses excellentes leçons cliniques (1), qu'en plus de cette démence sénile simple, on peut trouver des idées délirantes de couleurs diverses et des états maniaques ou mélancoliques plus ou moins accentués, *phénomènes surajoutés*, qui reposent sur le fond primitif de démence et lui empruntent un caractère spécial.

« A côté de ces *épisodes délirants*, on peut rencontrer chez le vieillard et indépendamment de la démence, de véritables psychoses. »

M. Séglas donne ici une très bonne observation de délire de persécution non systématisé avec hallucina-

(1) Séglas. — Délires séniles et psychoses tardives. Leçons cliniques sur les mal. nerv. et ment., 1895, p. 740.

tion des sens et de la sensibilité générale, conceptions absurdes, puériles, chez un individu porteur d'artères athéromateuses, d'arc sénile, de cataracte double avec tremblement, mais il ne signale pas la genèse étiologique de ce délire.

D'autre part (1), M. Ségas distingue bien ces délires surajoutés de certaines formes de délires, tels que les idées de négation qui sont en rapport plus direct avec la sénilité « si bien que, dit-il, ces cas, comme « ceux de Krcœpelin, représenteraient des exemples « de délires attribuables à la dégénérescence d'involution, et bien que distincts en clinique, très voisins « cependant des états d'affaiblissement intellectuel « survenant par suite des progrès de l'âge » et il semble supposer par cela même, pour les délires surajoutés, une étiologie différente du processus d'involution sénile seul.

Une thèse de Bordeaux, en 1893, par M. Mahon (2), n'étudie encore que l'influence de l'artério-sclérose sur le développement du délire de persécution des vieillards. Les troubles hallucinatoires n'y sont attribués par l'auteur qu'à un degré plus ou moins avancé d'affaiblissement intellectuel.

M. Toulouse, en 1896 (3), dit simplement que, « plus « l'individu avance dans la vie, plus il a de chances de « devenir aliéné... La vieillesse amène une aptitude « particulière à la démence.. Il faut que l'individu

(1) Ségas. — Du délire des négations, pp. 173 et 275.

(2) Contribution à l'étude des psychoses séniles. Délire de persécution chez les séniles.

(3) Toulouse. — Les causes de la folie, 1896.

« soit atteint par la sénilité qui peut, sous l'influence
« de causes diverses (maladies aiguës ou chroniques,
« alcoolisme ou syphilis, hérédité seule), survenir
« d'une façon plus ou moins précoce ».

M. Parizot (1) constate qu'au cours de la démence sénile peuvent survenir des troubles psychiques indépendants ; et dans une autre communication (2), il déclare que dans les cas de démence sénile qu'il lui a été donné d'observer avec délire vésanique (maniaque ou hypochondriaque), l'apparition du délire a toujours été précédée d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui lui a permis de prévoir à plusieurs reprises la réapparition des accès délirants.

Krafft-Ebing (3) lui aussi ne fait que signaler les psychoses épisodiques qui évoluent sur le cerveau sénile en les distinguant, cliniquement, des délires qui évoluent chez les individus âgés dont le cerveau est resté jusque-là exempt de dégénérescence sénile, délires qui ne diffèrent en rien de ceux de l'âge adulte ; et cependant, il donne une bonne observation de démence sénile (4) avec manie intercurrente pour laquelle le malade, âgé de 67 ans, est interné à l'Asile, traité par les bains et les injections de morphine et

(1) Parizot. — De quelques troubles psychiques et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile. Congrès Médecine mentale, Nancy, 1896, p. 299.

(2) Parizot. — De la toxicité urinaire au cours de la démence sénile simple et avec manifestations vésaniques. Ibid.

(1) Krafft Ebing. — Traité clinique de psychiatrie, 1897.

(2) Krafft Ebing. — Traité clinique, p. 712.

sort *un mois et demi* après, en restant physiquement sénile, présentant des artères rigides et de l'emphysème.

Ce cas, si semblable à ceux que nous rappellerons plus loin, n'inspire pas à l'auteur de réflexions pathogéniques à signaler.

Mêmes constatations pour le travail de Colella (1) qui décrit, lui aussi, la démence sénile délirante et la sépare de la démence sénile simple, mais sans autres distinctions pathogéniques.

Enfin, il nous reste à signaler un travail de Scabia (2) dont l'indication nous est parvenue tout récemment et que nous n'avons pas eu le temps de nous procurer. Il semble, d'après le titre de ce travail, que le sujet se rapproche du nôtre et nous regrettons de n'avoir pu encore en prendre connaissance.

Il ressort, en résumé, de cette rapide revue des travaux qui ont trait « aux psychoses de la vieillesse » que tout le monde est d'accord sur l'existence d'épisodes délirants qui se greffent sur un fond de démence sénile, délires transitoires disparaissant plus ou moins facilement pour laisser évoluer après eux cette démence à laquelle ils semblent parfois donner une impulsion.

Quelques auteurs (Séglas, Krafft-Ebing, Colella) distinguent parmi ces épisodes délirants des accès à

(1) Colella. — Etude sur la folie sénile. *Studio sulle frenose senile. Annali di Neurol.*, fasc. 6, p. 430-456.

(2) Scabia. — Sur certains épisodes à caractère confusionnel, surtout stupide chez les déments. *Ann. di Freniatria e Scienze affini*, vol VIII, f. 2, p. 139, juin 1898.

type particulier qu'ils ne confondent pas avec les véritables psychoses de la vieillesse ni avec les idées vésaniques propres à la démence sénile (idées de négation).

Quant à la pathogénie de ces épisodes délirants elle est encore très discutée.

La plupart des auteurs paraissent adopter les conclusions de M. Ritti et envisager comme nécessaires à la production de ces psychoses, trois conditions synergiques : la prédisposition héréditaire, l'involution sénile placée sous la dépendance de l'athérôme et les causes occasionnelles tels que les chocs moraux et les maladies intercurrentes. Ils tendent à faire une place plus importante aux auto-intoxications (urémie).

Très peu d'entre eux ont rattaché nettement le développement de ces psychoses à une infection épisodique. Nous n'avons relevé dans ce sens que l'importante communication de M. Vergely qui rapporte le développement des cas de délires qu'il a observés chez des séniles à l'influence d'affections de l'appareil pulmonaire.

Cependant on rencontre quelques observations prises par différents auteurs, telles que celle de Bride, celles de Fürstner, celle de Krafft-Ebing, qui se rapprochent singulièrement, au point de vue clinique, de celles que nous aurons à présenter, nous permettant ainsi de penser que les nôtres ne sont pas des exceptions et que les cas analogues sont peut-être plus fréquents qu'on n'aurait pu le supposer.

CHAPITRE II.

Les caractères psychologiques de la vieillesse et les effets de l'athérome sénile.

L'état mental des vieillards présente, en dehors de tout épisode délirant, des caractères particuliers qu'il nous semble utile de rappeler ici brièvement. Pour se rendre compte des phénomènes surajoutés à un état psychique, il est de toute nécessité de connaître cet état psychique lui-même.

« Les caractères psychologiques de la vieillesse, dit M. Ritti dans le rapport que nous avons déjà eu souvent à citer, sont en rapport direct avec les modifications que le progrès de l'âge fait subir à l'état physiologique du cerveau, et en particulier de l'écorce. Tous les tissus de cet appareil sont soumis à une sorte de loi de régression, d'involution sénile, qui a un retentissement marqué sur son fonctionnement.

Les artères cérébrales, devenues athéromateuses, altèrent sensiblement la circulation sanguine et, par suite, la nutrition des éléments nobles. Dans l'intimité

de ces derniers, se produit un travail de dégénérescence progressive, amenant peu à peu leur atrophie. Ce travail est plus ou moins tardif, plus ou moins lent, suivant les individus. Cette involution sénile du cerveau peut ne se produire qu'à un âge très avancé, à soixante-dix ans par exemple; mais on la voit aussi apparaître à des époques antérieures de la vie, prématurément en quelque sorte; elle porte alors le nom de *sénilité précoce*. On a l'âge de ses artères, dit justement un aphorisme médical connu; et, de fait, n'est-ce pas l'athéromasie artérielle qui est le phénomène primordial de cette phase de régression anatomique, qui constitue en réalité la vieillesse de notre organisme.

Ces modifications dans la structure intime des éléments du cerveau entraînent à leur suite des transformations sensibles dans la vie psychique de ceux qui les subissent, transformations non seulement dans le domaine de l'intelligence, mais aussi du sentiment et du caractère.

Au point de vue intellectuel, ce qui frappe tout d'abord, ce sont les altérations de la mémoire. « On a remarqué depuis longtemps, écrit Cabanis (1), que, dans la vieillesse, les impressions les plus récentes s'effacent aisément; que celles de l'âge mûr s'affaiblissent, mais que celles du premier âge redeviennent, au contraire, plus vives et plus nettes. » Ce phénomène constant a été appelé par M. Th. Ribot: *la loi de régression de la mémoire* (2); elle nous apprend l'ordre dans le-

(1) Cabanis. — Rapports du physique et du moral de l'homme. Edit. L. Peisse, p. 212, Paris, 1844.

(2) Ribot. — Les maladies de la mémoire, p. 92. Paris, 1881.

quel la mémoire se défait et a été déjà admirablement formulée par Cabanis de la manière suivante : « On voit les souvenirs s'effacer dans l'ordre inverse où les impressions ont été reçues, en commençant par les plus récentes, qui sont les plus faibles, et en remontant jusqu'aux plus anciennes, qui sont les plus durables. »

En même temps que ces troubles de la mémoire, il s'en produit d'autres dans la sphère de l'association des idées. Le vieillard devient peu à peu incapable de créer de nouvelles associations; ou bien, s'il en crée encore, elles manquent d'adhérence et ne tardent pas à se dissocier.

Les modifications de la vie sentimentale sont peut-être plus nettes et plus frappantes. Ce qui prédomine, c'est la tendance *égocentrique*, selon l'expression de Ziehen (1), ce que nous appelons les *sentiments égoïstes*. On voit, en effet, se perdre peu à peu chez le vieillard cette faculté si naturelle à l'homme de s'intéresser aux idées, au sort d'autrui; bien plus, il arrive un moment où il ne fait plus aucun effort pour comprendre ce qui n'est pas lui. Toutes ses pensées, toute son attention se concentrent sur ses besoins physiques, sur ses agréments personnels; et c'est bien dans ces cas qu'on ne retrouve plus ce « défaut de consistance dans les déterminations », qui est dans l'ordre des choses, mais bien plutôt de la fixité et de l'entêtement.

A ce développement de l'égoïsme correspond, chez le vieillard, une diminution sensible des sentiments

(1) Ziehen. — *Psychiatrie für Aerzte und Studirende*, p. 231. Berlin, 1894,

affectifs, se manifestant surtout par de la défiance vis-à-vis de ceux qui lui étaient les plus chers, défiance pouvant devenir presque pathologique, aller jusqu'à l'animosité, engendrer des idées de persécution et le pousser à des actes, sinon dangereux, du moins préjudiciables aux intérêts de sa descendance.

N'est-ce pas aussi un effet de cette *tendance égocentrique* qui pousse le vieillard à louer les temps passés (*laudator temporis acti*), à comprendre difficilement le présent, à se replier constamment sur lui-même, à parler de lui sans cesse et avec une sorte de volupté ? En effet, comme l'a si bien dit Legrand du Saulle (1) « indifférent, égoïste, aimant de moins en moins les autres, s'aimant chaque jour davantage, il rapporte tout à lui-même et laisse complaisamment le moi se centupler. »

Heureusement, ces modifications de caractère, qu'on observe chez presque tous les hommes arrivés à un certain âge, ne nuisent pas à leur sociabilité. Grâce à la conservation de leur intelligence, à leur éducation antérieure, à leur volonté qui a conservé une partie de son énergie, ils parviennent d'ordinaire à les dissimuler ; elles ne transpirent qu'à des moments exceptionnels, soit sous l'influence d'un choc moral, soit même d'un simple malaise physique ; et alors, le vieillard apparaît avec tout le cortège symptomatique de l'hypertrophie de la personnalité.

Entre cette phase, en quelque sorte physiologique de la vieillesse, et la démence sénile proprement dite,

(1) Legrand du Saulle. — Le délire des persécutions, p. 281, Paris, 1871.

Legrand du Saulle admettait un état mixte, intermédiaire entre l'état normal et l'état pathologique, qui se caractérise par l'abaissement intellectuel. Les vieillards qui ont franchi ce nouveau degré de leur déchéance organique « ont un cercle d'idées moins étendu, repoussent toutes les innovations, oublient les choses présentes et s'expriment d'une façon longue, diffuse, obscure, parfois même contradictoire; ils racontent très fréquemment les mêmes histoires, insistent sur les mêmes détails et, en un mot, ils rabâchent. Leur caractère est modifié, leur volonté est moins ferme, leur parole est lente, monotone, mais non embarrassée, et leur écriture est normale, quoique légèrement tremblée. Devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables, ils n'ont plus d'entrain, travaillent difficilement et se fatiguent vite. Conservant leur ancien genre de vie, continuant leurs mêmes occupations, ils vont et viennent comme par le passé; mais si l'on compare ces individus à ce qu'ils étaient autrefois, on note un affaiblissement sensible et l'on dit d'eux qu'ils ont vieilli, qu'ils ont baissé.

« Les auteurs ont beaucoup discuté, sans pouvoir se mettre d'accord, pour savoir à quel âge commence la vieillesse, pour les pessimistes, elle commencerait après cinquante-cinq ans; pour les optimistes, elle serait reculée jusqu'à soixante-dix ans. Entre ces deux dates extrêmes, on peut en choisir d'intermédiaires et on n'y a pas manqué. Sans nous arrêter aux raisons invoquées par les auteurs pour avancer ou retarder l'époque de la vieillesse, nous croyons qu'il

faut en placer le début après soixante ans. Il faut pourtant admettre que le commencement de la vieillesse peut difficilement être fixé, car il peut être plus ou moins retardé, plus ou moins avancé, suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances. *Aetas non annis sed viribus estimatur*, dit un vieil adage, qui est toujours vrai. » (1)

M. Ritti distingue soigneusement la vieillesse de la démence sénile ; la première est un état physiologique, une étape de l'évolution individuelle qui, comparée aux âges antérieurs, présente des caractères particuliers très marqués, il est vrai, du sceau de la régression ou de la dégénérescence ; la seconde au contraire est un état pathologique nettement défini.

Cette distinction, très fondée, ne semble pas admise par tous les auteurs. Nous trouvons, en effet, dans une thèse de M. Scheffler (2), une division de l'évolution sénile en trois périodes, admettant entre elles de nombreuses transitions qui semblent faire de la démence l'aboutissant nécessaire de l'involution sénile. Aussi, est-il intéressant de rappeler ici l'opinion de M. Duprat (3) qui dit : « Le regressus normal est la vieillesse, sorte de décadence généralement beaucoup plus prompte au point de vue physiologique qu'au point de

(1) Nous n'avons pu résister au plaisir de reproduire intégralement cette description si parfaite. M. Ritti nous pardonnera cet emprunt, nous l'avons cru préférable à une pâle et insuffisante analyse.

(2) Scheffler. — Étude médico-légale de l'état mental des vieillards. Thèse Lyon, 1896.

(3) L'instabilité mentale, 1899, p. 43.

vue psychologique. Cependant par les habitudes contractées auparavant, on s'est assuré un beau caractère de la vieillesse et une longue vitalité mentale. Ainsi on évite de tomber dans certaines psychoses, si communes chez les vieillards que l'on a cru souvent à une démence sénile engendrée simplement par le grand âge. Enfin, il est impossible à l'homme d'éviter une déchéance psychologique, nécessairement de plus en plus accentuée. A ce dernier stade de l'existence humaine un rien trouble cet être en qui la vie s'éteint. » Et il ajoute plus loin (1) : « On a quelquefois considéré la démence sénile comme une conséquence naturelle de la vieillesse ; mais nous avons cru établir qu'il y a une vieillesse normale, état idéal de santé dans l'âge le plus avancé ; que les psychoses de la vieillesse sont des maladies que l'on peut éviter bien qu'il soit très facile de les contracter à cause du déclin naturel des forces mentales. »

Jusqu'à présent, la déchéance sénile avait presque toujours été mise sous la dépendance étroite de l'athérome. Des travaux modernes semblent réagir contre cette tendance.

« Les modifications produites par l'âge et la vieillesse sont presque toujours confondues, disent MM. Boy-Teissier et Sesquès (2), avec les lésions consécutives à la sclérose artérielle et cette assimilation est d'ordinaire poussée si loin que vieillesse et artério-sclérose sont deux termes presque sy-

(1) *L'instabilité mentale*, 1899, p. 241.

(2) *Le cœur sénile normal. Revue de médecine*, 1899, p. 23.

nonymes en langage médical. Cependant l'artériosclérose n'est pas dans la dépendance exclusive de la vieillesse. C'est une maladie qui peut atteindre l'organisme à d'autres périodes de la vie humaine ; on la rencontre, il est vrai, souvent chez les vieillards, mais cette fréquence n'est nullement surprenante, alors qu'une longue suite d'années a permis des infections et des intoxications multiples.

« Chercher dans l'artério-sclérose la caractéristique constante de la vieillesse revient donc à faire toujours entrer celle-ci dans le cadre nosologique. Cette conception nous paraît être en désaccord complet avec les idées évolutionnistes admises en biologie. Le vieillard scléreux est un vieillard malade comme l'adulte scléreux ; il ressortit au domaine de la pathologie et à côté de lui il faut réserver une place pour un type de sénilité normale dégagée de toute tare pathologique. »

Et dans le rapport de Coulon, sur le *Rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux* (1), nous trouvons encore cette phrase intéressante : « Il semble que le moment soit venu de donner au rôle de l'élément nerveux, la prépondérance dans les affections du névraxe. Les réactions directes de la cellule nerveuse en présence des substances toxiques ou infectieuses qui l'atteignent, ne suffisent-elles pas, en effet, pour rendre compte de la grande majorité des lésions que présentent les centres nerveux et de la symptomatologie que ces altérations déterminent ? »

(1) Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Angers, 1898.

Il semblerait donc qu'il faille, dorénavant, distinguer dans les troubles psychiques de la vieillesse ce qui est dû à l'usure directe de la cellule nerveuse indépendamment des lésions athéromateuses de ce qui est dû à ces lésions elles-mêmes.

Nous ne faisons que mentionner cette discussion, sans vouloir ni pouvoir prendre parti. Il nous suffit de l'indiquer, les sujets de nos observations étant à la fois des vieillards et des athéromateux. Nous n'avons à distinguer, chez eux, que ce qui est dû à la sénilité et à l'athérome de ce qui peut être rapporté à d'autres influences.

Le mécanisme des troubles spéciaux causés dans le cerveau du vieillard par l'athérome cérébral a été exposé d'une façon magistrale par M. Potain (1) dans une leçon clinique qu'il a faite l'année dernière, leçon qui a trait au cas d'un individu âgé de 75 ans, ancien charpentier, entré à l'hôpital pour des troubles vertigineux.

« Claude Bernard, dit-il, nous a enseigné que la nutrition des organes et leur fonctionnement exigeait séparément un mode spécial de circulation. Si le sang reste longtemps en contact avec les tissus, c'est un état favorable à leur bonne nutrition; par contre, dans un organe qui fonctionne, il faut un sang abondant, rapide et incessamment renouvelé. Pour régler ce jeu de la circulation interviennent ces phénomènes de vaso-motricité dont Claude Bernard nous a révélé le

(1) Potain. — Leçon clinique, recueillie par le docteur Saingery. *Journal de Médecine interne*, mars 1899, p. 355.

merveilleux mécanisme qui est évidemment brisé ou défectueux quand les vaisseaux ne sont plus sains.

« Il faut peu de sang pour nourrir les tissus ; si cette faible quantité n'existe même pas, il en résultera des troubles trophiques, des dégénérescences, des gangrènes des extrémités, des ramollissements localisés. On voit des ramollissements dans la substance cérébrale, dans le myocarde quand les dernières branches des coronaires sont oblitérées.

« Si le rétrécissement des vaisseaux n'est point absolu, il peut se faire que la quantité de sang débitée par eux suffise à l'entretien de l'organe irrigué, mais se trouve plus faible dès qu'il doit fonctionner avec un peu d'énergie. Alors, quand l'organe entrera en travail, il accomplira sa tâche dans les premiers instants, puis il l'accomplira moins bien, puis, faiblissant de plus en plus, il lui sera complètement inférieur et, au moment où il sera complètement désoxygéné, il cessera de fonctionner. »

Ce sont là des accidents qui appartiennent à la première classe des phénomènes pour lesquels M. Potain a créé le nom de miopragies, désignant ainsi des aptitudes fonctionnelles restreintes. « Il arrive fréquemment, dit le professeur, que par suite d'une affection antérieure, aiguë ou chronique, un organe a été réduit à un état tel qu'il peut fonctionner, mais dans une mesure réduite, inférieure à celle dont il serait capable s'il était sain. Dès qu'il dépasse la limite de ce fonctionnement réduit, des accidents éclatent, soit sur lui-même, soit dans le reste de l'économie. Je dis alors que cet

organe est en état de miopragie, d'aptitude fonctionnelle restreinte, et je viens de vous dire que les miopragies consécutives au rétrécissement des artères étaient fréquentes. »

Bouley, en 1831, a expliqué la claudication intermittente des chevaux par le rétrécissement de leurs iliaques, accident qui n'est pas rare. Le cheval traîne convenablement sa voiture au pas, quelquefois au trot. Mais, si la course est longue, si on le pousse, il tombe, sa jambe est raide, il souffre et ses yeux hagards expriment la plus vive douleur, il se couvre de sueurs abondantes; au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, il se relève et peut se remettre en marche à un train modéré. Si l'allure est vive, l'accident se reproduit.

Charcot, en 1859, a signalé des faits analogues chez l'homme avec un rétrécissement des iliaques. M. Potain a vu un homme qui avait été grand marcheur, mais dont la tibiale s'était rétrécie, s'il marchait doucement, il n'éprouvait pas de gêne; au contraire, dès qu'il accélérât un peu le pas, il était saisi dans le mollet d'une violente douleur qui l'obligeait à s'arrêter et à se reposer, après quoi il pouvait reprendre sa route d'une allure tranquille.

« Quand l'orifice des artères coronaires est obstrué par des lésions athéromateuses, dit le professeur, la quantité de sang qui passe par cette entrée rétrécie, permet au cœur de suffire à une besogne modérée. Mais, qu'à la suite d'un effort musculaire, d'une marche, d'une montée d'escaliers, ou encore à la suite d'un

repas, il soit appelé à donner un travail plus considérable que celui auquel le limite son état de miopragie, il en sera incapable.

« Ne recevant pas assez de sang, il s'asphyxiera, il s'empoisonnera par les déchets qu'augmente son fonctionnement exceptionnel et qui ne sont pas éliminés, et c'est alors qu'éclateront les accidents qui constituent ce syndrome appelé *angine de poitrine* : spasme, douleur précordiale et irradiée dans le bras, et si le spasme est trop puissant, syncope mortelle.

« Et voici maintenant un genre d'accidents analogues à ceux de notre malade.

« Abercrombie a rapporté l'histoire d'un vieillard agile, dont toutes les fonctions étaient convenables mais qui, après avoir prêté attention pendant quelque temps à quelque occupation intellectuelle et cela avec une intelligence parfaite, sentait bientôt disparaître cet heureux état. Quand il avait lu une demi-colonne de son journal, par exemple, il ne voyait plus et ne savait plus ce qu'il lisait. Il se reposait et rentrait en possession de ses moyens, continuant à lire et à comprendre. Quand cet homme mourut, l'autopsie montra que ses artères de la base du crâne étaient rétrécies. Elles laissaient passer assez de sang pour nourrir le cerveau, mais quand l'activité cérébrale, étant accrue, en demandait plus, elles ne pouvaient en fournir, et cette activité cérébrale était bien forcée de tomber.

« Dans tous les cas qui précèdent, c'est un fait mécanique qui est la cause des accidents, c'est le *rétrécissement matériel des vaisseaux*. Il n'en est pas toujours de même, et le *rétrécissement spasmodique* des artères

a sans doute aussi une influence réelle dans la pathogénie des troubles périphériques. Le spasme se produit par une action réflexe ayant pour point de départ l'artère malade elle-même et retentissant sur ses branches extrêmes. »

Comme preuve de la possibilité de ce spasme, M. Potain cite le cas suivant de sa pratique. Un homme s'est endormi un jour, assis de côté sur une chaise, le bras droit posé sur la première barre du dos de la chaise, l'avant-bras pendant librement en arrière. A son réveil, il accusa une douleur très vive et l'on put constater chez lui l'existence d'une artérite de l'artère humérale. Le vaisseau, cependant, n'était pas oblitéré, mais son trajet était douloureux et autour de lui il y avait de la tuméfaction sur une assez grande longueur. Cette artérite amena une asphyxie locale de l'extrémité du membre supérieur où l'on trouva des sensations alternatives de froid et de chaleur, des changements de coloration, de la douleur et du sphacèle de la pulpe des doigts. La perméabilité de l'artère étant conservée, on doit admettre que tous ces symptômes d'asphyxie locale étaient dus au spasme des artérioles terminales, spasme provoqué par la lésion inflammatoire du tronc de l'artère humérale.

Voici un autre exemple que rapporte ainsi M. le professeur Potain : « Vous connaissez cette amblyopie subite des vieillards, à propos de laquelle on dit qu'il y a eu embolie subite de l'artère centrale de la rétine. Or, remarquez que les vieillards qui sont censément victimes de cette embolie n'ont pas d'embolie dans d'autres vaisseaux ; remarquez que d'autres malades

bien plus nombreux, qui ont de multiples embolies, n'en présentent pas dans leur artère centrale de la rétine qu'on trouve libre de caillots et vous mettez en doute l'existence de cette embolie rétinienne. M. Galezowski a souvent amené dans le service, devant vous, des gens dont le fond de l'œil examiné à l'ophtalmoscope avait l'aspect attribué à cette embolie centrale : jamais je n'ai pu trouver un cas où il m'eût été permis d'assigner un point de départ au caillot embolique. C'est pourquoi je pense que souvent l'embolie fait défaut, et pour moi l'accident s'explique de deux façons. Le malade avait un œil défectueux, mais peu attentif, il ne s'est pas rendu compte qu'il voyait moins bien et a continué à croire qu'il voyait de ses deux yeux, jusqu'au jour où le hasard lui a révélé l'impotence de l'un d'eux qu'il a crue subite. L'autre explication, c'est celle d'un spasme vasculaire. Les vaisseaux rétiniens sont fréquemment le siège de spasmes qu'on voit à l'ophtalmoscope. Il ne serait pas étonnant qu'ils fussent entrés en spasme sous l'action de réflexes partis, comme je vous l'ai dit, des troncs artériels athéromateux. Et on rendrait compte des accidents subits, qualifiés embolies de l'artère centrale de la rétine, et qu'on ne trouve précisément que chez les athéromateux. »

Il insiste sur un autre point qui nous intéresse plus particulièrement : « Parmi les accidents de la congestion cérébrale, dit-il, il en est qui sont dus à l'ischémie d'une région du cerveau. Toutes les parties du cerveau enfermées dans une boîte inextensible doivent partout supporter des pressions qui se font équilibre ; si, par exemple, un afflux se fait en un point,

pour une raison quelconque et y change la pression artérielle, aussitôt la pression vasculaire, dans les autres parties, doit se modifier de façon que l'équilibre ne soit pas rompu.

« Supposez un rétrécissement d'une des artères cérébrales, chez un athéromateux ; à l'état ordinaire, il s'est établi une circulation intra-crânienne qui lui permet de vivre sans trop de gêne jusqu'à ce qu'un jour il succombe tout d'un coup, comme par exemple ces vieux malades hospitalisés qui, auprès des poêles, se congestionnent, et meurent.

« On attribue l'accident à quelque hémorragie qu'on ne trouve pas à l'autopsie où l'on constate simplement une congestion étendue mais partielle. Que s'est-il passé ? A quoi est due la mort ?... Il faut la rattacher à l'état de miopragie où était le cerveau pendant la vie. Une cause occasionnelle a exigé une circulation cérébrale plus active ; les artères saines s'y sont prêtées, l'artère rétrécie n'a pu obéir à cet appel ; toutes les régions du cerveau se sont congestionnées, se sont laissées distendre sauf celle qui était irriguée par le vaisseau rétréci. Cette région ischémisée, comprimée par les parties environnantes a cédé, s'est lésée et ces accidents apoplectiformes en sont résultés. Au point de vue thérapeutique, ce mécanisme est bon à connaître, car si on parle de traiter l'anémie cérébrale d'un vieillard alors qu'il est victime de congestion, la confusion est grave. »

Ce passage est particulièrement important à signaler, car le mécanisme de la mort, dans ces cas, peut expliquer aussi les troubles cérébraux chez ces sujets.

« Si les grosses artères du cerveau sont atteintes, dit encore M. Potain, elles peuvent permettre la nutrition de la substance cérébrale ; mais alors on assistera à la claudication intermittente du cerveau qui est en état de miporagie comme celui du malade d'Abercrombie. La mémoire diminue, l'attention ne peut plus se soutenir, les idées sont plus ou moins voilées ; les malades ont du vertige, comme le nôtre, ont de la paracousie comme il en a. Son ouïe est, en effet, normale, car il peut entendre à la distance ordinaire ma montre qui fait peu de bruit, mais il lui arrive à d'autres moments de ne plus l'entendre du tout. Sans ataxie, ces gens ont de la difficulté pour se mouvoir. Notre homme, dont les réflexes sont normaux, marche bien par instants et dans d'autres il chancelle comme s'il était ivre ; il a remarqué ce phénomène qui l'étonne, car il se rappelle ses sensations de jadis, du temps où il buvait et buvait ferme, et les trouve pareilles à celles qu'il éprouve aujourd'hui en étant sobre. Puis il se reprend et poursuit sa route, mais il lui est impossible de régulariser ses mouvements parce que le cervelet ne reçoit plus assez de sang. Enfin, les malades se plaignent de fourmillements, de crampes très pénibles qui tiennent à l'épuisement du cerveau insuffisamment irrigué ou à l'épuisement des muscles dans la pénurie du liquide nourricier. »

Jusqu'à présent, rien dans tout ce que nous venons d'étudier ne nous permet d'expliquer d'une façon satisfaisante l'apparition de psychoses transitoires telles que celles des observations que nous donnerons plus loin, rien, pas même la prédisposition hérédi-

taire, dont on use tant, qui n'explique tout au plus que la possibilité ou la probabilité de pareils troubles, mais qui n'explique nullement leur éclosion. Nous sommes seulement en état de comprendre qu'un individu qui présente les troubles circulatoires de l'athérome unis à l'usure propre de la cellule vieille, se trouve avoir un cerveau en état de miopragie éminemment apte à broncher devant le moindre effort et à réagir maladivement devant le moindre surmenage.

Mais ici intervient un autre côté de la question qui fait surgir la véritable difficulté. L'athérome ne cause pas seulement des troubles physiques mais il entraîne encore des troubles chimiques.

M. Potain distingue deux espèces de scléroses artérielles : la sclérose des vieillards et celle des brightiques. Mais il a grand soin d'ajouter que « pour évoluer indépendamment l'une de l'autre, ces affections n'en sont pas moins susceptibles de s'associer et elles s'associent souvent. Les causes qui amènent l'athérome agissent sur les brightiques et, si elles atteignent moins fréquemment les brightiques, c'est parce qu'ils vivent peu longtemps et n'ont pas le temps de faire de l'athérome. Inversement, les athéromateux peuvent devenir des brightiques, mais d'un brightisme mâtiné. »

C'est le cas dans beaucoup de nos observations. Nous y relèverons presque toujours des troubles de la fonction urinaire. Dès lors, l'auto-intoxication urémique se trouvera en cause et, comme l'action des toxines d'origine infectieuse et celle des déchets d'auto-intoxication sur les centres nerveux, se traduit à peu

près par le même tableau clinique, il nous sera souvent difficile de distinguer, à ce point de vue, ce qui sera dû à l'artério-sclérose de ce qui relèvera de la maladie infectieuse surajoutée. Cependant, comme nous verrons apparaître occasionnellement de l'albuminurie chez nos malades, comme très souvent nous constaterons que l'éclosion des troubles psychiques coïncide avec l'apparition d'une maladie infectieuse, ou lui succède à bref intervalle, il nous semblera légitime d'admettre qu'une cause surajoutée est venue léser le rein ou tout au moins aggraver son état, s'il était déjà touché antérieurement et s'il s'agissait d'un de ces cas de brightisme matiné dont parle M. Potain.

Voyons maintenant ces faits à la lueur des considérations qui précèdent ; nous tâcherons d'en tirer au moins quelques considérations pratiques.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS (1).

OBSERVATION I. (*Inédite.*)

Athéromateux, arcus sénile. — Artères sinueuses. — Etat démentiel : troubles de l'intelligence et de la mémoire, incohérence, obtusion mentale, hallucinations de la vue. — Aphasie transitoire, tremblements. — Phénomènes toxi-infectieux (grippe). — Durée un mois et demi.

X....., 68 ans, buraliste. Entre à l'Asile de Bron le 12 avril 1900.

Antécédents héréditaires. — (Renseignements fournis par la femme du malade.) — Père mort du choléra, mère morte d'une maladie de cœur, une sœur morte de maladie de cœur, une sœur vivante, mais hémiplegique, une cousine idiote.

Antécédents personnels. — Pas d'alcoolisme ; aucun renseignement sur la syphilis ; pas de maladie de la première enfance ; pas de convulsions ; pas de maladies graves jusqu'à l'apparition des troubles mentaux. Était d'un naturel un peu emporté, d'un naturel grincheux quoique homme d'intérieur.

(1) Toutes les observations ont été prises dans le service de M. le professeur Pierret et suivies par le docteur Jacquin, chef de clinique des maladies mentales.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois, *grippe* à localisation pulmonaire (broncho-pneumonie, température, expectoration abondante, dyspnée, etc.)

Les troubles délirants apparaissent d'emblée, caractérisés par des hallucinations de la vue, des idées de persécution. Le malade voit des gens qui viennent lui faire du mal, prend des armes pour se défendre contre ses ennemis imaginaires. Le cinquième jour on lui applique des topiques. Consécutivement apparaissent des furoncles et le calme mental se produit au moment de la suppuration. Hémorragie nasale abondante. Les furoncles se ferment, nouvel accès de troubles mentaux avec incohérence des actes, des idées et des paroles. Diminution de la conscience, besoin d'activité, il reste une nuit sans dormir pour nettoyer, faire des ouvrages inutiles.

Certificat d'entrée. — Etat d'excitation.

Etat actuel. — Le malade raconte avec volubilité, en insistant sur des détails futils, son origine. Son grand-père aurait été député sous Charles X et avait plus d'un million de fortune. Son oncle était grand médecin ; son buste est exposé à la Chambre de Commerce. Mais dans son discours il y a des redites, des répétitions de phrases ; il semble, par moment, chercher des mots : attendez, dit-il. Parfois, surtout après une période d'examen, il s'arrête, ne peut plus parler ; il semble pourtant encore comprendre non seulement les mots parlés, mais encore la lecture. Il entend les mots lus, mais ne peut lire à haute voix.

Ces phénomènes d'aphasie motrice transitoire reviennent assez souvent, durent quelques instants, puis le malade recommence à pouvoir s'exprimer en passant successivement par des phases d'articulation phonatoire de plus en plus compréhensibles et presque normales. La mémoire est affaiblie surtout pour les faits récents, tandis que pour tout ce qui a trait à son enfance et à sa vie passée, le malade semble plutôt hypermné-

sique. Du côté de la sphère morale, fonds d'enfantillage, de bienveillance, de sensiblerie émotive. Pleure facilement, teinte d'érotisme : il connaît une petite blonde très jolie qu'il a eue pour maîtresse (ce qui n'est pas vrai). Quelques conceptions mégalomaniaques vagues. Il parle de ses anciennes relations. Il connaît une notabilité lyonnaise, il a connu son père ; a dîné au château La...

Les idées s'enchaînent mal, manquent de cohésion ; puérilité dans les concepts. La mimique est très peu vive, plutôt niaise, le sommeil est troublé. Le malade se lève en proie à la plus violente terreur que lui cause la vue d'ennemis ou de personnes qui veulent lui faire du mal.

Examen somatique. — Système nerveux, motricité. — Réflexes rotuliens un peu exagérés également des deux côtés ; pas de troubles de la station debout ni de la marche.

Tremblement des doigts qui s'exagère quand le malade parle, quand il fait des efforts intellectuels ou mémoriaux. Véritable tremblement mnémonique.

Sensibilité. — Pas de troubles objectifs ni subjectifs.

Organes des sens. Vision. — Arcus sénile très marqué. Pupilles légèrement opaques, inégales (la droite plus grande que la gauche), un peu paresseuses à la lumière, à l'accommodation.

Quand le malade parle, les paupières sont animées de mouvements d'ouverture et de fermeture à caractère spasmodique, non rythmé.

Vaisseaux. — Artères dures, sinueuses. Temporale saillante.

Trophicité. — Sillons unguéaux bilatéraux. Ongles en escalier.

Tube digestif. — Langue fendillée, un peu chargée. Appétit bon, pas d'ectasie gastrique, pas de constipation, pas d'haleine ni de sueurs fétides.

Rien au foie, ni à la rate.

Cœur. — Bruit scléreux. Le second est même éclatant. Pouls rapide, 108, sans hypertension.

Poumons. — Rien aux bases ni aux sommets.

Reins. — Urine : ni sucre ni albumine.

Pas de température.

Etat général. — Plutôt médiocre.

Certificat de 24 heures. — Etat démentiel : incohérence, troubles de la mémoire, tremblement, aphasie transitoire.

15 avril. — Même état ; phase d'excitation surtout hypnagogique. Illusions, hallucinations de la vue.

26 avril. — *Certificat de situation.* Démence sénile avec aggravation irrégulière, aphasie, amnésie, hallucinations, etc...

L'écriture du malade examinée à plusieurs reprises montre une amélioration des troubles mentaux.

1^{er} mai. — Le malade est plus calme, le sommeil est plus complet. L'amélioration paraît s'affirmer.

22 mai. — *Certificat de situation.* Actuellement, le malade présente toujours un affaiblissement mental sénile, mais les phénomènes surajoutés : illusions, hallucinations, aphasie, amnésie ont totalement disparu.

1^{er} juin. — *Certificat de situation.* Le malade restera toujours sénile, mais n'ayant plus de bénéfice à tirer de son séjour à l'Asile, et n'étant pas méchant, peut être rendu à sa famille si celle-ci prend l'engagement de le surveiller.

Traitement. — 15 avril au 10 mai. Potion avec iodure de potassium, un gramme; sulfate de spartéine 0,05 pendant dix jours. Régime lacté.

L'urination, qui était peu abondante au début de la maladie, à l'entrée à l'Asile, redevient à peu près normale vers la fin de mai.

Nous relevons dans cette observation l'action d'une grippe comme cause déterminante de l'apparition des troubles mentaux.

Ces troubles consistent en idées vagues de persécution avec quelques nuances mégalomaniaques et des hallucinations de la vue. Ce qui domine l'état du malade c'est la fatigue et l'impuissance à soutenir un effort, même délirant. L'aphasie transitoire est manifeste. Puis avec le repos et l'hygiène de l'Asile ces troubles s'amendent et on ne retrouve plus qu'un sénile en état de vivre au dehors.

OBSERVATION II. (*Inédite.*)

Incohérence. — Hallucinations de la vue. — Illusions. — Etat démentiel. — Sénile, pusillanime, niaise, gâteuse. — Grippe antérieure, oligurie, albuminurie. — Arcus sénile, artères dures. — Durée : deux mois et demi.

X..., 70 ans, illettrée. Entre à l'Asile de Bron le 6 mars 1900.

Antécédents héréditaires. — Renseignements fournis par la sœur de la malade. Père mort de fièvre typhoïde. Mère morte de maladie de cœur après 4 ans de maladie. 8 enfants, 7 garçons, 1 fille (la malade).

Antécédents personnels. — Pas de convulsions de la première enfance.

Réglée à 17 ans. Menstruation régulière. Mariée à 28 ans. 5 enfants : les accouchements normaux ; le dernier enfant, un garçon a eu des convulsions de l'enfance. Un autre garçon

mort à 9 ans de méningite; un mort à 15 jours de convulsions; un autre mort à 3 ans. Pas d'alcoolisme. Jamais de maladies graves.

Histoire de la maladie. — Vers la fin du mois de janvier, la malade aurait eu une grippe pour laquelle elle garde le lit un mois; elle avait de la fièvre.

La convalescence fut longue et durait encore quand la malade est entrée à l'Asile. Les troubles mentaux ont apparu à la fin de février.

Entrée à l'Asile le 6 mars 1900, avec le certificat suivant : folie religieuse et délire maniaque.

Etat mental. — La sphère intellectuelle est profondément atteinte ; les facultés sont très affaiblies, la démence marquée. Les idées, comme les actes, sont incohérents : la malade croit avoir commis les plus grandes fautes, ne cesse de demander pardon pour refaire la paix avant de mourir.

Est agitée la nuit, crie, pleure, rit; tous ces actes sont marqués au coin de l'incohérence la plus évidente.

La mémoire est affaiblie ; elle a 60 ans, dit-elle, mais ne s'en rappelle pas. Ne sait pas où elle est, quel est le mois, l'année.

Elle réclame ses enfants. Prend des personnes du service pour des gens qu'elle connaît; voit des individus qui viennent lui faire du mal. Etat de crainte, anxiété. Elle a peur de tous ceux qui l'approchent. Parfois, elle crie au feu, demande pardon aux infirmières. Répond mal aux questions posées. Se déshabille, se lève, va dans le lit des autres malades.

Est gâteuse.

Examen somatique. — Cœur rapide. Pas de souffle, pas de bruits anormaux, un peu sourds.

Pouls régulier, 84.

Poumons. — Emphysème.

Système digestif. — Langue sale, un peu déviée, haleine fétide. Mange assez bien. Ventre ballonné. Foie, estomac normaux. Constipée.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens exagérés, exagération plus marquée à droite. Trépidation épileptoïde. Tremblement des doigts. Force musculaire ?

Station debout, marche presque normales.

Sensibilité objective ? Subjective : Sent la piqure, l'application de corps chauds, mais exagère les sensations perçues.

Organes des sens. — Vision. Pupilles égales ; réagissent à la lumière et à l'accommodation. Arcus sénile.

Audition ?

Sillons unguéaux bilatéraux.

Etat physique. — Médiocre.

La malade est jaune, amaigrie. Asymétrie faciale. Plis abaissés à gauche.

Température 37°7, soir ; 37°5, matin.

Les urines n'ont pu être recueillies le premier jour.

Artères dures, sinueuses. Temporales très saillantes.

Traitement. — Un lavement purgatif :

Benzonaphthol..... 0 gr. 50

Salicylate de magnésie..... 0 gr. 40

3 cachets par jour.

Certificat de 24 heures. — Démence sénile.

13 mars. — Même état.

L'agitation apparaît sous forme d'accès. Toujours gâteuse. Les urines que nous avons recueillies à la sonde sont foncées, rares. Examinées par l'épreuve de la chaleur, de l'acide azotique ou de l'acide sulfosalicylique, elles sont nettement albumineuses.

Traitement. — Tisane d'uva ursi avec infusion de poudre de feuilles de digitale 0 gr. 20.

Certificat de situation. — Sénilité démentielle avec exacerbation nocturne.

Avril. — La malade n'est plus gâteuse ; plus calme ; paraît mieux. Léger disque d'albumine.

Mai. — La malade ne délire plus ; le sommeil est bon, calme, réparateur.

Elle confirme les détails que nous avons donnés sur ses antécédents, sa maladie, mais ne se rappelle plus de ce qui s'est passé durant son séjour à l'Asile.

La mémoire, actuellement, est assez bonne. Les facultés intellectuelles presque normales.

Un peu de sénilisme psychique. Emotive, pleure facilement ; répète quelquefois les mêmes mots. Plutôt bienveillante, gentille.

Etat général. — Bon, mange bien.

Légère constipation.

Tremblement sénile de la tête (affirmation).

Urines : ni sucre, ni albumine.

20 mai. — La malade sort guérie des troubles délirants qu'elle présentait à l'entrée.

Malade à rapprocher du cas précédent au point de vue de la cause toxi-infectieuse déterminante des accidents vésaniques (grippe.) Ici, ces accidents vésaniques sont d'ordre démentiel. (Affaiblissement profond de toutes les facultés et gâtisme.) Et cependant cet état si grave s'améliore rapidement et l'intelligence qui semblait définitivement disparue reparait presque entière, et la malade peut sortir de l'Asile dans un état très satisfaisant avec seulement quelques caractères psychiques de sénilité.

OBSERVATION III. (*Inédite.*)

Sénilité, athérome. — Troubles sensoriels passagers. — Hallucinations de la vue, etc. — Durée de l'internement: trois mois.

X...; 65 ans, ménagère. Entre à l'Asile le 30 octobre 1897.

Certificat d'admission. — Cette femme a eu beaucoup d'ennuis causés par de fréquentes maladies de son mari. Depuis quelque temps, est triste, taciturne; souvent maux de tête. Puis ces symptômes sont allés en s'aggravant. Elle s'accuse de fautes imaginaires. Elle ne repose plus et se nourrit mal.

Tantôt, elle dit qu'elle veut se donner au diable. Tantôt, qu'elle ne sera jamais pardonnée, qu'elle ne pourra faire une bonne mort. Elle dit à son mari de la tuer; elle a voulu se jeter à l'eau. Elle ne pense qu'à mourir. Son pouls s'est accéléré. Elle a eu un peu de température 38°.

Etat actuel à l'entrée. — Pas de troubles oculopupillaires. Langue normale. Léger tremblement des doigts. Nodosités d'Héberden. Artères dures, flexueuses, athéromateuses.

Cœur régulier, un peu sourd. Premier bruit soufflant et prolongé à la pointe. Pouls régulier. Pas d'œdème périphérique. Blépharite à répétition. Paupières épaissies. A eu des maux de tête. Ne tousse pas.

Idées de possession et d'indignité. Possédée du démon. J'ai trop fait de mal, dit-elle. Je suis perdue on ne me punira jamais assez.

Certificat de 24 heures. — Démence sénile avec troubles sensoriels.

Novembre 1897. — A commis depuis plusieurs années des abominations. Ne dort pas. Urines, pas d'albumine, urates en grande quantité.

Traitement KI : 0 g. 75 et sulfate de spartéine 0 g. 06. Lait.

Certificat de quinzaine. — Sénilité précoce avec athérome ; idées d'indignité. Etat anxieux. En même temps, signes de défaillance cérébrale. Etat physique passable. Souffle systolique à la pointe, sans œdème.

15 décembre. — Se dit moins persécutée. Langue bonne ; va à la selle ; commence à dormir ; travaille un peu.

Certificat de situation. — Athérome très prononcé avec défaillance de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté.

Etat hypémaniaque greffé sur cet affaiblissement psychique. Etat physique meilleur. Va mieux.

Cessation du traitement.

29 décembre. — Va toujours mieux. Mais craindre les rechutes. Je disais tout ce qui me passait par la tête, dit-elle ; je voyais toutes sortes de fantômes, etc...

5 janvier 1898. — La malade est rendue à sa famille, mais devra être surveillée.

Cas très net et très saisissant de troubles mentaux passagers, nés sous l'influence d'ennuis et de fatigues physiques et morales. C'est bien, comme le dit le certificat de situation, de la défaillance de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté. La nuance d'indignité des idées délirantes est fréquente chez les vieillards et on la note plus ou moins associée aux idées de ruine chez les goutteux.

OBSERVATION IV. (*Inédite.*)

Athéromasie. — Arcus sénile. — Tremblement. — Etat démentiel.
— *Substratum psycho-sensoriel surajouté, hallucinations de la*
vue. — Albuminurie. — Durée du délire: quatre ans. — Durée
de l'internement: trois mois.

X, 74 ans, blanchisseuse. Entre à l'Asile de Bron, le 30 décembre 1897.

Certificat d'entrée. — Manie caractérisée par des hallucinations de l'ouïe et de la vue et ayant la forme de persécutions. Les personnages fictifs qu'elle entend et qu'elle voit lui ordonnent de ne pas manger et lui disent d'autres paroles qu'elle paraît ne pas vouloir indiquer.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1848.

Enfance, époque du mariage ont été des périodes calmes de sa vie ; mari emporté, mais non brutal. Depuis la mort de son mari, elle a vécu sans gêne avec une petite pension trimestrielle. La malade aurait eu une fille dont elle ignore le sort malgré ses recherches.

Histoire de la maladie. — Depuis quatre ans environ, X... est en proie à des idées de persécution. La persécution porterait sur tous les actes de sa vie. On l'empêche de reposer la nuit, qu'elle passe sur une chaise auprès de son poêle, sans feu. Quand elle veut prendre des aliments, on éteint le feu qui va servir à les préparer, ou on les souille. On l'empêche d'aller toucher sa pension. En même temps, on constate un état hallucinatoire. La malade voit et entend des personnes, leur parle, mais ne les accuse pas personnellement des persécutions dont elle est l'objet.

Elle est calme, soumise, le fond de son caractère est la mélancolie ; son affectivité semble normalement conservée. N'aurait abusé ni de l'alcool, ni du café.

Examen somatique. — Poumons. — Signes légers d'emphysème et de catarrhe concomittant.

Cœur. — Rien à la palpation. Les bruits sont bien frappés ; par intervalles le premier bruit est prolongé, granuleux avec tendance au souffle. Pouls 80.

Athéromasie.

Système digestif. — Langue sale, fendillée ; dentition mauvaise, haleine fétide. Etat variqueux du pharynx. Estomac légèrement dilaté. Constipation habituelle qui a cessé depuis son entrée à l'Asile.

Foie normal, ne débordant pas les fausses côtes. Rate normale.

Organes génito-urinaires. — Ménopause à 45 ans, caractérisée par des pertes abondantes.

Urines en quantité normale ; pas d'albumine ni de sucre.

Système nerveux. — Sensibilité. Hyperesthésie musculaire à la pression des masses du mollet. Douleur spontanée au niveau de la plante des pieds ; pas de plaques d'anesthésie.

Motricité. — Tremblement irrégulier et arythmique des doigts, se propageant aux mains et aux avants-bras. Force musculaire conservée. Pas de paralysie des extenseurs des orteils. Marche normale, un peu lente. Parole hésitante, monotone, sans caractère pathologique. Réflexes rotuliens un peu augmentés.

Trophicité. — OEdème pré tibial gardant l'empreinte du doigt. Varicosités cutanées.

Ecchymoses faciles. Double œil de perdrix au niveau de la tête du premier métatarsien.

Organes des sens. — Arc sénile peu développé. La malade se sert de lunettes. Inégalité pupillaire manifeste prédominante

à droite. Oreille : ouïe légèrement diminuée. Goût et odorat non altérés.

Etat général. — Tous les appareils portent l'empreinte de la sénilité. Rides nombreuses. Athérome léger, etc.

Certificat de 24 heures — Etat démentiel lié à la sénilité, avec phénomènes psycho sensoriels surajoutés.

Février 1898. — La malade entre à l'infirmerie avec de l'œdème des malléoles, de la bouffissure de la face ; albumine dans les urines (léger disque), urines claires.

Traitement. — Régime lacté, un litre de lait par jour. Sulfate de spartéine, 0 gr. 05.

KI : 1 gramme par jour.

Certificat de quinzaine. — Sénile athéromateuse avec quelques troubles moteurs des lèvres et de la langue. Hallucinations de l'ouïe et de la vue.

12 mars 1898. — Va mieux. Il n'y a plus d'albumine dans les urines. Suppression du traitement.

Certificat de situation. — Troubles intellectuels dus à la sénilité, et qui sont par conséquent irrémédiables, mais n'a plus d'hallucinations. Est tranquille. Pourrait vivre dans sa famille à condition d'être surveillée et protégée.

Il s'agit ici d'un délire de persécution, forme fréquente chez le vieillard et bien en rapport avec le caractère sénile toujours un peu défiant. Le délire remonte à plusieurs années ; la malade a pu vivre au dehors malgré cet état et ce n'est que l'apparition d'hallucinations de la vue et de l'ouïe qui ont amené l'agitation et nécessité l'internement.

Ici encore, malgré l'apparition d'une albuminurie passagère, le repos et les soins ont entraîné la disparition des troubles psycho-sensoriels et ramené l'état antérieur même avec amélioration du délire organisé.

OBSERVATION V. (*Inédite.*)

(Communiquée par le M. le Dr Viallon, médecin-adjoint.)

Anxieuse; idées de négation, persécutée, immortelle. — Insomnie. — Cardiopathie. — Athéromasie. — Gérontoxon. — Hallucinations de la vue. — Durée de l'observation : deux mois et demi.

X..., 68 ans. Rentière. Entre à l'Asile de Bron le 20 avril 1900.

Pas de renseignements sur les antécédents et l'histoire de la maladie.

Certificat d'entrée. — Aliénation mentale.

Etat actuel à l'entrée. — Examen somatique. — Poumons. Thorax globuleux, expiration un peu prolongée, pas de râles.

Cœur. — Battements réguliers ; souffle dur, un peu rapeux, que l'indocilité de la malade ne permet pas de localiser exactement. Pouls petit, régulier, un peu rapide, 109 pulsations à la minute.

Le foie ne paraît pas gros. Rate normale. Langue sèche, un peu sale ; pas d'ectasie gastrique ni de douleur à la pression, pas de constipation, ni de diarrhée. Léger œdème péri-maléolaire.

Pas de troubles bien nets de la sensibilité.

Motilité. — Réflexes rotuliens normaux, tremblement généralisé lorsque la malade devient anxieuse ; tremblement habituel des extrémités digitales ; démarche parfois incertaine.

Légère déviation à droite de la bouche, plus marquée lorsque la malade parle ou pleure.

Les artères radiales et temporales manquent un peu de souplesse. Arc cornéen. Pupilles égales, plutôt rétrécies, paresseuses.

Urines?

Etat mental. — Affaiblissement général des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire ; se trompe sur son âge, sur l'année et le mois actuels. Ne se rend pas bien compte du lieu où elle se trouve, ni des causes qui ont pu l'y amener. Est toute entière à son délire.

Les idées délirantes sont surtout de nature hypochondriaque ; idées de négation, craintes d'immortalité, avec anxiété concomittante.

La malade prétend qu'elle a le gosier bouché ; croit que ses intestins sont déplacés ou obturés et que les aliments qu'elle a déjà ingérés ou qu'on l'oblige à prendre « stagnent dans ses boyaux ». — « Tous mes organes intérieurs, dit-elle, sont morts ou hors d'état de fonctionner. »

Il est inutile de rechercher son poulx, puisque son cœur ne bat plus. Le ventre est gros parce que les matières se trouvent emprisonnées. Elle ne peut plus moucher, plus cracher, elle n'a plus rien, etc...

Elle interprète dans le sens de la négation toutes ses sensations.

« Hier soir, mon gosier, dit-elle, a fini de se boucher par la rupture de l'os nervin (sic). En toussant, j'ai senti quelque chose qui éclatait dans mon cou ; j'ai eu, il y a quelques jours, des coliques parce que mes intestins morts ne peuvent plus faire circuler les matières qu'ils contiennent. »

Si on lui demande d'expliquer cet état anormal, elle répond que c'est un mystère comme un autre, elle le sent, mais ne sait comment cela a pu se faire.

« C'est depuis cinq mois qu'elle est dans cet état ; un jour, elle a senti un vent qui, remontant des pieds, s'est échappé par le sommet de la tête ; c'est la vie intérieure qui partait, depuis ce temps, ses organes sont morts, ou hors d'état de fonctionner. »

A ces conceptions hypochondriaques, s'ajoutent des craintes d'immortalité avec désir d'une mort prochaine et surtout certaine. Elle raconte qu'il y a quelque temps, elle a eu, à Saint-Etienne, une grande frayeur causée par l'antisémitisme. Elle a été, à son dire, excessivement malade, et, si elle n'est pas morte, c'est qu'elle est certainement immortelle. Cette idée d'immortalité la tourmente. Elle craint d'être mise vivante dans la terre, ce qui lui arrivera fatalement puisqu'on ignore dans quelles conditions particulières elle vit, qu'elle peut paraître morte quand elle ne doit pas mourir. Il y a un seul moyen pour elle de mourir c'est comme Jeanne d'Arc, de monter sur le bûcher, et souvent dans la journée, elle demande à être brûlée vive.

Ne peut rester en place, besoin incessant de communiquer à son entourage ses inquiétudes. Réclame le médecin pour qu'il constate bien qu'elle a des organes morts. Sitiophobie consécutive à ses idées délirantes (gosier et boyaux bouchés).

Cette malade ne paraît pas avoir d'idées bien nettes de persécution. Elle est d'une famille de braves et honnêtes gens et, à Saint-Etienne, tout le monde l'estime et lui veut du bien.

Hallucinations de la vue, surtout nocturnes. — La malade a vu à plusieurs reprises des têtes de morts, des chats noirs.

Insomnie presque complète, dort à peine une heure.

Certificat de 24 heures. — Troubles cérébraux vertigineux avec délire de persécution surajouté.

2 mars. — Chlorhydrate de morphine 0 gr. 02 cent.

Refus des aliments.

5 mai. — Un peu moins tourmentée. S'alimente plus facilement.

12 mai. — Hémorragie abondante par l'anus.

Pouls rapide, très petit. La malade peut à peine se tenir sur les jambes. Ne s'alimente pas seule, prend en moyenne un litre de lait et un œuf. Dort mieux.

Lavement de 300 gr. de sérum prodie. Continuation de la morphine 0,02 centig. Dort bien.

14 mai. — Etat mental. Mêmes conceptions.

Hypochondriaque. Se croit toujours immortelle. Anxiété persistante. Malgré son immortalité craint d'être guillotinée. (En allant à la salle d'observation, elle a vu un portique et depuis prétend que c'est une guillotine, et a peur qu'elle ne soit conduite au supplice.)

Idées de persécution. Les journaux, notamment l'*Anti-Juif*, s'occupent d'elle et de sa famille, la menacent, veulent faire arriver des guerres de religion. Des individus passaient devant son domicile en proférant des injures à son adresse. (A noter que la malade est de race juive.)

Etat physique médiocre. Cœur dans le même état. Pouls 124 à la minute.

Urines : ni sucre, ni albumine.

18 mai. — Nouvelle hémorragie rectale.

Du 12 au 30 mai. — A pris 15 lavements de sérum artificiel.

La sitiophobie a disparu, mais l'état mental ne paraît pas s'être modifié.

Juin. — Depuis que sa famille a voulu l'emmener, a peur qu'on la renvoie de l'Asile. Supplie qu'on la garde, qu'on ait pitié d'elle.

Elle n'a plus de famille, ni de chez elle. — A peur qu'on revienne la chercher. Dort toujours mal.

Certificat de situation. — Mélancolie anxieuse avec lésions graves du cœur et de l'aorte. Etat physique mauvais. Curabilité complète douteuse.

15 juin. — Pas de modification. Etat physique médiocre.

La forme délirante que présente cette malade (conceptions hypochondriaques) est toujours d'un pronostic grave, au moins au point de vue de la ténacité

et l'observation est de trop courte durée pour qu'on ait pu obtenir un résultat. Nous l'avons cependant donnée à cause du résultat obtenu par les injections de sérum artificiel qui ont amélioré un symptôme redoutable, la sitiophobie. Comme cette sitiophobie était fondée sur des hallucinations de la sensibilité générale, il y a lieu de penser que celles-ci se sont amendées et on peut espérer avec le temps un résultat plus complet.

OBSERVATION VI. (*Inédite.*)

Psychose à caractère mélancolique ; anxiété, culpabilité. — Hallucinations de l'ouïe, de la vue. — Semi-agitée, artério-sclérose. — Arcus sénile. — Troubles ayant apparus à la suite de grippe compliquée d'albuminurie. — Durée : un mois et demi.

X..., 70 ans, lingère, entrée à l'Asile de Bron le 12 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans d'asthme. Mère morte à 75 ans de vieillesse, a eu 15 enfants ; dont douze morts, six en bas-âge ; restent trois enfants : un garçon bien portant, la malade et un garçon.

Antécédents personnels. — Née à terme, pas de convulsions. Fièvre muqueuse à 12 ans. Réglée à 14 ans ; mal réglée depuis l'âge de 45 ans. Mariée à 27 ans, pas de fausses couches, un seul enfant, mort à deux mois de convulsions.

Il y a 36 ans, la malade, à la suite de son accouchement, aurait déliré. Elle fut soignée pendant 50 jours chez le docteur Arthaud, à l'Antiquaille, d'où elle sortit complètement guérie.

Asthmatique ; il y a 5 ans, rhumatisme articulaire.

Pas d'alcoolisme, non sujette aux migraines.

Bronchites fréquentes.

Histoire de la maladie. — Il y a trois semaines, la malade prit une grippe (toux, expectoration sanguinolente, température) ; les troubles mentaux apparaissent alors qu'elle était en convalescence de sa grippe. Conceptions lypémaniques, idées d'auto-accusation, crimes imaginaires, sitiophobie, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Elle voyait les enfants de sa prétendue victime ; se croyait perdue ; voulait mourir pour se punir d'avoir trop fait de mal.

Etat actuel à l'entrée. — Abattement général, idées de culpabilité imaginaire, de crime, de meurtre, dont elle ne sera jamais justifiée. Elle parle peu, voit des êtres illusoires que son regard cherche dans les coins de l'appartement. Elle est devenue indifférente à ce qui l'intéressait naguère. Refuse tout aliment, sans s'opposer toutefois d'une façon trop absolue si on insiste. Le sommeil a disparu. L'agitation est grande pendant la nuit. La malade est dans une espèce de torpeur, d'obtusité mentale. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Mise au lit, elle se lève continuellement, va découvrir les malades, sans se rendre bien compte de ce qu'elle fait.

Elle perd ses urines et ses matières fécales. Sur une petite quantité d'urines qu'on a pu recueillir, l'examen décèle un disque très net d'albumine ; impossible d'apprécier la quantité.

Etat général. — Mauvais, la malade paraît affaiblie, pâle ; température, matin 37°, soir 37° 2.

Tousse et crache.

L'examen somatique n'a pu être fait immédiatement, vu l'état de subagitation de cette malade.

Certificat d'entrée. — Mélancolie anxieuse survenue à la suite d'une affection aiguë. Grippe compliquée d'albuminurie chez une personne âgée.

Certificat de 24 heures. — Mélancolie secondaire.

Traitement. — Lavements de sérum artificiel 500 grammes par jour. Tisane de chiendent nitré. Calomel 2 centigrammes par jour. Benzonaphtol 4 grammes.

1^{er} juin. — La malade étant plus calme, voici les renseignements que fournit l'exploration des organes.

Poumons. — Emphysème ou bronchite chronique.

Cœur. — Premier bruit, un peu sourd, prolongé. Pouls petit.

Système digestif. — Langue sale, haleine fétide. Ventre assez souple.

Système nerveux. — Pas de troubles moteurs. Sensibilité ?

Organe des sens. — Vision. Rien à la musculature externe. Pupilles égales, réagissent assez bien à la lumière ou à l'accommodation.

État général. — Médiocre ; peau ridée, sèche. — Arcus sénile Artères peu dures. Coryza chronique.

Certificat de quinzaine. — Troubles délirants caractérisés par des conceptions mélancoliques, anxiété, idées de culpabilité. Somatiquement, artério-sclérose, albuminurie assez abondante.

10 juin. — Albumine a disparu.

15 juin. — La malade est tout à fait bien.

Elle se rappelle comme dans un songe ce qui s'est passé ; mais ses souvenirs ne sont pas assez nets pour fournir des documents précis.

L'état mental est excellent, la mémoire peut-être légèrement affaiblie ; encore très émotive, puérile, pleure sans grande raison ; répète les mêmes choses.

Le 23 juin elle sort complètement guérie des troubles psychiques qu'elle avait à son entrée à l'Asile.

Ici encore, même cause déterminante toxi-infectieuse (grippe) des accidents ayant nécessité l'internement. Encore des hallucinations de la vue, des idées d'indignité. Les lavements de sérum ont une action énergique et, en un peu plus d'un mois, les troubles psycho-sensoriels ont disparu.

Le cas de la malade qui fait le sujet de l'observation suivante n'est pas aussi net que les précédents. Ici, il s'agit d'une brightique manifeste et l'état de son rein domine la situation. Il est, néanmoins, intéressant à relater, ne fût-ce qu'à titre de comparaison, à cause des nombreuses rechutes mentales accompagnant ces poussées brightiques, rechutes occasionnées par un mécanisme analogue à celui de l'athérome (sclérose brightique et troubles cérébraux toxi-infectieux consécutifs).

OBSERVATION VII. (*Inédite.*)

Insomnie. — Céphalée. — Anxiété. — Persécutée. — Hallucinée de l'ouïe et de la vue. — Un peu sénile, niaise. — Albumine. — Bruit de galop. — Goître.

X..., ménagère, 60 ans. Entrée le 11 juillet 1899.

Antécédents héréditaires et personnels. — (Renseignements fournis par la fille de la malade.) Une sœur morte. Un frère marié. La malade est séparée de son mari depuis 5 ans pour difficultés de caractère. Il était buveur. Deux enfants morts jeunes. Elle a encore deux filles et un fils infirme depuis l'âge de 7 ans. (Faiblesse de la moelle épinière.)

La malade aurait eu une attaque de rhumatisme avec douleurs de reins. Beaucoup de chagrins de famille ; caractère plutôt sombre. Pas d'alcoolisme. Suspectée d'albuminurie par son médecin. Il y a 6 ans, aurait eu le sang tourné à la suite d'une frayeur causée par son mari qui était emporté.

Histoire de la maladie. — Depuis environ deux mois est très triste ; se plaint de mal de tête. A dit à sa fille, il y a quinze jours : « Ne t'en vas pas, on veut me tuer. » Souvent elle causait seule. Refusait de dire ce qu'elle avait. « Tout le monde veut me tuer, je veux me sauver. » Elle avait souvent des étourdissements, et la tête lui tournait quand elle se baissait.

A l'occasion de chagrins ou de querelles elle prenait souvent des crises de nerf pendant lesquelles elle se mettait à trembler et était incapable de proférer une parole. Elle entendait des voix même pendant la nuit et croyait voir des personnes qui voulaient la tuer.

Dormait à peine deux heures par jour ces derniers temps.

Depuis deux ou trois jours, la malade s'est mise à s'agiter ; on a eu beaucoup de peine à la maintenir à la chambre et on fut obligé de fermer toutes les issues pour l'empêcher de s'enfuir. Tourne tout ce qu'on lui dit en mal. Il y a six semaines, part pour aller se noyer ; mais empêchée par son fils, elle rentre à la maison, et allume un cierge dans un placard sous le prétexte de chasser les mauvaises personnes qui veulent la tuer ; se munit de scapulaires, et asperge la maison d'eau bénite.

Parfois, ressentait des douleurs dans les jambes et dit alors qu'on la brûlait vive.

La malade entre le 11 juillet 1899 avec le certificat suivant :
Phénomènes d'excitation cérébrale , délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Insomnie. Agitation.

Etat actuel à l'entrée. — *Etat mental.* — La malade raconte qu'elle est le souffre-douleur de ses voisins ; elle entend des voix qui l'insultent, ces voix partent de la cour de X .., Y...

« Tiens, la voilà qui prend une prise » dit-on. Puis ce sont des injures :

« Ah ! chameau, tu prends du feu. »

A ces idées de persécution, mal systématisées, s'ajoute un mysticisme entantin, niais, puéril : elle a pris de l'eau bénite et du sel et l'a jeté dans son poêle ; elle en répand dans toutes les chambres. « J'entendais ces personnes, deux individus venus exprès de Lyon, c'est des physiciens », dit-elle.

Hallucinée de l'ouïe et de la vue. Elle croit voir ces personnes surtout pendant la nuit.

Niaise, apeurée, craintive, elle demande anxieusement si on ne lui fera pas de mal.

La mémoire est affaiblie, le sommeil mauvais. La parole est tremblée, monotone, lente ; l'écriture tremblée.

Examen somatique. — Pointe bat dans le cinquième espace intercostal. Tendance au galop ; dédoublement du premier bruit. Pas de souffle.

Pouls fort 80. Radiales manquent de souplesse.

Poumons normaux.

Système digestif. — Pas d'ectasie gastrique. Langue sale, humide. Trémulation légère de la langue. Foie non hypertrophié. Ventre souple, un peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Pas de néphroptose.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens normaux.

Tremblement sénile de la tête et des doigts. Force musculaire paraît conservée. Pas de troubles de la sensibilité.

Organes des sens. — Vision un peu affaiblie. Pupilles égales ; pas de troubles de la musculature. Arcus sénile. Sillons unguéaux bilatéraux.

Etat physique. — La malade est petite ; les jambes déformées par du rachitisme ; goître fibreux.

Poids 47 kilogrammes.

Température 37° 2.

Urines. Albuminurie. Pas de sucre.

Certificat de 24 heures. — Albuminurie avec troubles psychiques ; rêve éveillée ; sénile. Niaise.

Traitement. — Limonade Rogé. Régime lacté.

12 juillet. — Examen des urines fait par M. Lambert, pharmacien chef à l'Asile de Bron.

Urine putréfiée, trouble, ne s'éclaircit pas par filtration.

Réaction alcaline.

Volume 1 076 centimètres cubes.

Densité 1 018.

	Par litre.	En 24 heures.
Urée?.....	14 gr. 8	15 gr. 90
Acide urique.....	?	?
Acide phosphorique.....	1 gr. 42	1 gr. 523
Chlore.....	9 gr. 656	10 gr. 380
Albumine.....	Traces	
Sucre	Néant	

Certificat de quinzaine. — Folie brightique.

24 août. — La malade ne donne plus de signe de folie et doit être rendue à la liberté.

26 septembre 1899. — La malade rentre à l'Asile avec le certificat suivant :

Excitation cérébrale avec délire de persécution ; elle se dit poursuivie par des magiciens ; profère des menaces contre ses enfants. Crie par les fenêtres, se promène toute la nuit.

Etat actuel à l'entrée. — Elle raconte que la nuit on fait passer sur sa poitrine de « forts rouleaux » qui l'empêchent de respirer. On la pique sur tout le corps et surtout au niveau du sternum. Des voix causent ensemble, disent : « Il ne faut pas attendre plus longtemps, car elle serait froide. »

Une fois guillotinée, on doit la prendre par les pieds, puis la faire griller. Il y a de la physique et de la sorcellerie là-dedans.

On lui a tout fait : empoisonnements, envois de mauvaises odeurs « elle en a la bouche tout empâtée ; son cœur se soulève, électricité dans la tête, etc. »

Fonds de mysticisme.

Température 37°3.

Urines. — Albuminurie. Un peu d'œdème périmalléolaire.

Régime lacté. Eau de Sedlitz. Lavement purgatif.

Certificat de 24 heures. — Débilité mentale avec conceptions délirantes liées à des troubles albuminuriques (dyspnée, lui faisant croire qu'on cherche à l'étouffer). Troubles de la sensibilité et de la digestion, qu'elle interprète en disant qu'on la pique, qu'on l'empoisonne.

Certificat de quinzaine. — Maladie de Bright, artério-sclérose avec troubles psychiques.

11 octobre 1899. — La malade est mieux, dort bien. L'albumine a disparu dans les urines.

12 mai 1900. — Amélioration très manifeste pendant plusieurs mois ; on pense à la faire sortir. Il y a dix jours, rechute.

Albumine dans les urines.

Juin. — Même état.

Les cas qui suivent sont moins probants que ceux exposés jusqu'ici. L'étiologie est plus complexe. Il s'agit de malades atteints d'affection cardiaque, peut-être, et probablement même, de lésions chroniques du rein. Elles présentent bien toutes une aggravation paroxystique de leur état habituel, aggravation qui s'atténue avec des soins appropriés, chez celles dont la mort n'est pas amenée précisément par le mauvais état général, pour laisser évoluer l'état mental primitif.

Nous les donnons néanmoins à titre de comparaison, car on y peut voir, indiqués en traits plus frustes, les caractères cliniques communs aux observations précédentes.

OBSERVATION VIII. (*Inédite.*)

Démence sénile. — Paroxysmes des troubles mentaux.

X..., 59 ans. Entrée le 20 juillet 1879 à l'asile de Bron, venant d'Albigny (Dépôt de vieillards indigents).

Certificat d'entrée. — État démentiel. — Sénilisme. — Périodes d'agitation.

Extrait du rapport. — X. cherche constamment à se dévêtir ; quand ses compagnes tentent de la rhabiller, elle les frappe violemment ; comme la nuit ne l'arrête pas de se livrer à ses excentricités, on lui a mis la camisole de force. Elle éprouve une certaine joie à pouvoir satisfaire dans la salle même, sur le plancher, certains besoins naturels. Une de ses grandes pré-occupations consiste à visiter toutes les planchettes situées à la tête des lits et de déplacer les objets appartenant à d'autres malades. Par moments, plus encore la nuit, elle crie au feu, au voleur, à l'assassin. S'enfuit de son lit, etc.

État actuel à l'entrée. — Cœur. — Pointe perceptible ; choc intense dans le cinquième espace intercostal, sous la ligne mamelonnaire. Pas de souffle. Dédoublement du premier bruit. Bruit de galop.

Pouls. — Ample, bondissant.

Poumons. — Expiration prolongée. Sonorité exagérée. Quelques sibilances. Emphysème et bronchite.

Système digestif. — Langue sale. Pas de constipation. Rien aux organes abdominaux.

Système nerveux. Motricité. — Tremblement des doigts, de la langue. Parole lente, monocorde. Pas de tremblement de la tête. Force musculaire diminuée. Station debout normale. Marche un peu hésitante. Hésitation légère dans la parole parfois bredouillante.

Écriture tremblée.

Sensibilité objective normale. Subjective ?

Organe des sens. — Vision. Pupilles inégales $PD > PG$ réagissent mal à la lumière et à l'accommodation. Arcus sénile.

Ouïe. — Acuité auditive un peu diminuée.

État physique. — Assez bon ; la malade est amaigrie, le teint jaune paille.

OEdème pré tibial, godet très net.

Sillons unguéaux bilatéraux.

Urines impossibles à recueillir, la malade est gâteuse.

Température $37^{\circ}3$.

État mental. — Affaiblissement des facultés intellectuelles évident ; mémoire touchée ; la malade dit avoir 32 ans, être née en 1804.

Elle ne sait pas où elle est. Incohérente, elle commence une phrase et ne la finit pas ; ses idées niaises, puériles, manquent de suite. Elle paraît complètement perdue. De temps à autre elle s'agite, a les yeux fixés sur le mur. Se lève sur son lit, crie à l'assassin.

Le sommeil est profondément troublé par des hallucinations probablement terrifiantes.

Niaiserie dans les concepts, pas de mégalomanie, tendance plutôt à la lypémanie. Répétition. Radote.

Certificat de 24 heures. — Sénilité avec délire mélancolique, conceptions délirantes infantiles.

Régime lacté. KI : 60 centigrammes.

Août. — Même état.

Septembre. — Un peu plus calme ; ne paraît plus subir de visions effrayantes. Ne gâte plus.

Urines, ni sucre, ni albumine.

La malade s'occupe un peu dans la division ; état général très satisfaisant.

8 novembre. — Le chef de service signe son certificat de transfert.

Démence avec paroxysmes des troubles mentaux, liés à quelque état auto-toxique. Cette malade va beaucoup mieux, elle est parfaitement tranquille et peut être transférée.

OBSERVATION IX. (*Inédite.*)

Vertiges, céphalée. — Modification du caractère. — Crises. — Convulsions. — Folie hallucinatoire. — Mélancolie, glycosurie. — Artério-sclérose.

X....., 62 ans, ménagère. Entre à l'Asile, le 11 janvier 1898.

Antécédents. — Aurait eu un frère atteint d'aliénation (diagnostic inconnu) pour laquelle il a fait un séjour de trois mois à l'Asile de Bourg, d'où il est sorti parfaitement guéri.

La malade a eu des céphalées rebelles et fréquentes. Pas d'antécédents syphilitiques.

Depuis quelques années, la malade prenait des vertiges, des chaleurs, dit sa fille, son caractère s'était modifié.

Il y a un mois, elle eut, pour la première fois, des accès convulsifs avec perte incomplète de connaissance qui se répétaient à intervalles éloignés.

L'internement de son frère, à cette époque, fit une profonde impression sur la malade.

Examen somatique. — Pas de stigmates de dégénérescence. Troubles respiratoires nuls. — Rien au cœur. Pouls 70. Artères dures, sinueuses. Temporales saillantes.

Système digestif. — Langue sèche. Estomac non dilaté. Ventre normal. Pas de constipation, la malade va à la selle tous les jours.

Système nerveux. — Les céphalées d'autrefois ont disparu. Troubles sensitifs. La sensibilité tactile paraît un peu obtuse. Pas de thermoanesthésie, ni d'anesthésie plantaire.

Motricité. — Marche normale. Réflexes rotuliens exagérés, trépidation épileptoïde des deux côtés également. Crampes douloureuses fréquentes dans les deux mollets.

Organes des sens. — Vision. Réactions oculopupillaires normales ; pas de troubles dans la vision des couleurs ; pas de rétrécissement du champ visuel.

Urines. — Pas de rétention, pas d'albumine. Sucre.

Analyse faite par M. Lambert, pharmacien en chef de l'Asile de Bron :

Coloration foncée.

Sédiment abondant formé uniquement d'urates acides.

Réaction acide.

Densité 1,026.

Volume total : a été évalué approximativement à 3/4 de litres. (527 cc. ont été remis à la pharmacie.)

	Par litre.
Urée.....	22 gr. 1
Acide urique.....	0 gr. 65
Calore.....	10 gr. 52
Acide phosphorique.....	1 gr. 49
Acide sulfurique.....	1 gr. 92
Sucre.....	6 gr. 30

Cette analyse a été faite le 14 janvier 1898.

Etat général. — Médiocre, amaigrissement notable. Aspect vieillot de la malade. Peau ichthyosique.

Etat mental. — Etat d'anxiété très nettement accusé ; sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, la malade a l'esprit troublé par des conceptions délirantes multiples. Elle

voit la voiture qui emmène son frère ; voyez-là, dit-elle. Elle a peur qu'on l'enferme, qu'on lui fasse du mal ; elle ne sait où elle est ; l'œil est hagard, la mimique mobile. La nuit, elle ne dort pas, geint sans cesse, crie.

Elle répond mal aux questions qu'on peut lui poser.

Traitement KI et antipyrine.

25 janvier. — Même état, pas de modification.

X... se nourrit mal, s'amaigrit.

L'état mental n'a pas changé.

3 février. — Nouvelle analyse d'urine faite par M. Lambert.

Aspect limpide ; coloration foncée, réaction acide.

Densité.....	1,02
Volume.....	986 cc.

Employée en excès, cette urine réduit la liqueur cuprique en donnant un trouble verdâtre, propriété que présentait déjà l'urine du 14 janvier, et qui est probablement due à un excès de créatinine. Mais tandis que l'urine du 14 conservait son pouvoir réducteur après défécation et produisait une déviation polarimétrique correspondant à plus de 6 grammes de glucose par litre, l'urine de ce jour ne contient plus du tout de sucre.

	Par litre.	Dans 986 cc.
Urée.....	16 g. 3	16 07
Acide urique.....	0 38	0 37
Chlore (et iode)....	7 42	7 32
Acide phosphorique.	1 05	1 03
Acide sulfurique....	1 16	1 14

10 février. — La malade ne paraît plus hallucinée, mais reste toujours mélancolique ; un peu puérile, avec des tentatives à rattacher et à rapporter à sa personne tout ce qu'elle voit et ce qu'elle entend.

La mémoire n'est pas précise, il y a des lacunes dans les souvenirs récents. Le sommeil n'est pas parfait.

Le 15 février. — La malade, un peu améliorée, mais non guérie, sort réclamée par son mari.

OBSERVATION X. (*Inédite.*)

*Cœur sénile, arythmie. — Tremblement. — Albuminurie. —
Délire de rêve. — Mort par broncho-pneumonie.*

X... 70 ans, lingère. Entre à l'Asile de Bron, sans aucuns renseignements, le 18 mai 1899.

Certificat d'admission. — Délire mélancolique, avec accès d'excitation. Albuminurie.

Extrait du procès-verbal du commissaire de police. — X... a cessé tout travail, la nuit ne dort pas ; depuis deux jours, ne veut plus se coucher du tout. Elle ne mange pas ; croit que des personnes se cachent dans la maison pour lui faire des misères. Parle seule. A peur des personnes qu'elle connaît. Souvent, elle demande : « Quel truc veut-on faire aujourd'hui dans la maison ? »

Etat à l'entrée. — Poids : 45 kil. 500 ; température : 36° 5.

Urines. — Pas de sucre. Léger disque d'albumine.

Cœur. — Pointe difficile à sentir et à localiser ; bruits très sourds, cœur sénile, arythmique, faux pas. — Pouls, tension à peu près normale, mais faux pas du pouls qui est ralenti. 56 pulsations par minute.

Poumons. — Emphysème et bronchite chronique.

Système digestif. — Langue sale, épaisse, avec haleine fétide. Estomac un peu dilaté.

Foie normal. Ventre souple.

Etat physique. — Mauvais. Peau ridée, jaune, presque cachectique. Troubles va-so-moteurs.

Stase et refroidissement dans les extrémités ; mains bleues, froides. Cyanose périphérique.

Vaisseaux athéromasiés. Arcus sénil commençant.

Système nerveux. — Tremblement léger de la tête (affirmation) et des doigts ; réflexes quasi normaux.

Sensibilité ? Organes des sens. Cataracte commençante, plus marquée à l'œil droit.

État mental. — X... ne sait pas où elle se trouve, ni pourquoi on l'a amenée ; elle paraît complètement perdue ; état d'excitation.

Elle se lève, quitte son lit, va dans celui de ses voisines. Etat psycho-sensoriel assez accentué ; hallucinations de l'ouïe, de la vue, des organes viscéraux. Elle croit qu'on veut l'empoisonner, elle voit les personnes qui viennent lui mettre du poison dans ses aliments ; ceux-ci la brûlent au passage ; elle entend chuchoter ; c'est peut-être des esprits. Elle se refuse à manger.

Nourrie avec la sonde et avec des lavements alimentaires, elle dépérit de plus en plus.

Certificat de quinzaine. — Délire de rêve avec accès de subagitation chez une sénile.

Le 20 mai. — La malade a eu de la rétention d'urine qui a nécessité un catéthérisme. Se cachectise de plus en plus. Signes de congestion aux bases avec tendance à la capillarisation.

La malade meurt le 23 au matin.

OBSERVATION XI. (*Inédite.*)

Cardiovasculaire.— *Sénile ; paroxysmes passagers, hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de la sensibilité.* — *Lypémanie.* — *Anxiété.* — *Excitation.*

X..., veuve, rentière, 67 ans. Entre à l'Asile de Bron le 27 mai 1900.

Certificat d'entrée. — Folie sénile avec troubles intellectuels mal caractérisés. Cardiopathie.

Pas de renseignements sur les antécédents.

État actuel. -- Cœur. Pointe difficile à sentir et à localiser, pas de souffle, mais bruits assourdis, arythmie, faux pas du cœur.

Pouls, hypotendu, faible. Artères sinueuses, dures, pouls incomptable, la pulsation manque quelquefois.

Système digestif.— Langue sale, blanchâtre ; haleine fétide ; ventre un peu ballonné ; pas de constipation. Hernie ombilicale grosse comme une orange, enflammée.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens ? Marche et station debout normales. Tremblement léger des doigts. Pas d'hémimimie.

Sensibilité obtuse.

Organes des sens. — Vision. Pupilles égales ; opacité commençante des deux cristallins. Affaiblissement de l'acuité visuelle. Réflexes iriens paresseux. Pas de troubles moteurs.

Ouïe. — Diminution de l'acuité auditive ; pas d'examen otoscopique.

Sillons unguéaux bilatéraux.

Système vasculaire. — Arcus sénile. Artères dures, sinueuses. OEdème des jambes.

Ralentissement de la circulation périphérique. Stase veineuse. Varices, peau eczémateuse, tendances ecchymotiques.

Etat général. — Mauvais, teint pâle, bouffi, cyanose des lèvres et des muqueuses, s'essouffle facilement.

Urines rares, sédimenteuses, épaisses, filtrant mal. Léger disque d'albumine.

Poids 73 kilos.

Température 37° 2.

Etat mental. — Mémoire affaiblie ; la malade ne sait dire où elle est ; ignore le jour, le mois, l'année. Ne sait pas son âge. Les facultés intellectuelles sont troublées ; elle raconte son histoire, mais les idées manquent de liaison. Troubles du caractère qui est celui d'une sénile, égoïste, puérile, grincheuse, émotive, monotone.

Le cercle des idées est très restreint ; la malade se complait surtout sur les faits anciens ; répète les même choses. Puis, lorsqu'elle se fatigue, apparaissent des conceptions délirantes, nettes, mais marquées au coin de cette puérilité sénile.

Elle croit que son fils l'a fait enfermer pour 200 francs ; il doit être en prison ; elle a commis toutes sortes de crimes, de fautes. Idées d'empoisonnement, on lui met du soufre dans ses aliments ; elle en sent l'odeur partout. Tantôt elle gémit, crie, pleure ; tantôt elle rit, paraît satisfaite.

Elle parle avec volubilité ; a des illusions, des hallucinations auditives, visuelles et de la sensibilité. On l'électrise dans les jambes : elle prétend reconnaître des personnes qu'elle voit certainement pour la première fois.

La nuit les paroxysmes psycho-sensoriels redoublent d'acuité ; elle se lève de son lit pour échapper à des individus qu'elle voit et qui veulent lui faire du mal. Son anxiété grandit, elle crie, gesticule, déchire le linge, ses effets pour se protéger et s'en couvrir le corps afin de parer les coups. On veut lui couper la tête ; elle entend parler dans le dortoir ; est gâteuse la nuit.

Traitement. — Iodure de sodium 0 gr.50. Infusion de poudre de feuilles de digitale 0 gr. 40. Lait.

9 juin. — La malade ne veut prendre aucun médicament ; « Je vous connais, nous dit-elle, vous êtes un cousin de Paris, c'est pour me faire mourir. » Alors elle s'agite, crie au secours, se met toute nue, déchire ses vêtements.

15 juin. — Même état. La malade est mise dans une cellule d'isolement. L'albumine a disparu ; aucun des médicaments prescrits n'ont été absorbés, sauf le lait que la malade consent à boire.

28 juin. — Paraît un peu plus calme, avec tendance à l'excitation hypnagogique.

Certificat de situation. — Affaiblissement mental sénile avec délire lypémaniaque. Hallucinations et illusions sensorielles, phénomènes qui paraissent plus accentués par intermittences, lésion cardio-vasculaire.

OBSERVATION XII. (*Inédite.*)

Sénile. — Démence, hallucinations, illusions visuelles. — Alcoolisme. — Mauvais état général. — Mort par grippe et pneumonie.

X..., 63 ans, mendiante. Vient de la prison. Entre à l'Asile de Bron le 29 septembre 1899.

Pas de renseignements.

Etat actuel. — Examen mental. — Au début de l'examen, les réponses paraissent naturelles, empreintes d'une certaine résignation mélancolique, ni incohérente, ni délirante. Mais au bout de quelques instants, son allure change. Elle devient triste, de plus en plus plaintive, elle finit par délirer nettement et devenir incohérente.

Elle est une pauvre victime venue d'une ville lointaine, Pont-à-Mousson, d'un pays éloigné d'Allemagne. Pour en venir, elle a traversé la mer. Elle a perdu un fils en 1891, qui était âgé de 29 ans et qui a succombé à une maladie de cœur. C'était une victime, comme elle. Depuis sa mort, elle voit son prénom « Benoît » inscrit un peu partout, principalement sur les manches de parapluies ; en effet, le parapluie de son fils a disparu. La nuit, elle voit des dames traverser sa chambre sans lui parler. On lui éteint son feu ; on la fait rêver la nuit à des oiseaux qui crèvent. Tous les mois on lui prend 10 francs dans son tiroir. On lui a fait perdre tout ce qu'elle possédait. Des titres à elle sont à la banque ; d'autres en touchent les rentes, elle ne peut rentrer en leur possession ; on lui doit 100 000 francs. On l'a empoisonnée à 18 ans, alors qu'elle était en apprentissage, on l'empêche d'aller du ventre. Alors, elle vomit ou elle a envie de vomir, sa tête vacille, elle est comme saouïe. On la tourmente, ce sont des invisibles. Elle s'est rendue dernièrement à Saint-Didier avec des cailloux dans son sac pour les assommer.

Elle est protestante ; ce sont les catholiques qui la persécutent ; enfin, elle devient incohérente, plus de suite dans ses idées, plus de lien dans ses phrases qui sont décousues, voire même incompréhensibles.

Elle veut qu'on lui rende son fils qui est mort et qui vit encore ; les morts vivent. On la tient, il faut qu'on la renvoie. Elle a épousé un mari qui n'est pas X... On lui a donné une famille et un nom d'emprunt Y... Elle ne dit pas de mal de son vrai père. On n'a pas voulu la donner à ses vrais parents. Elle parle d'un M. de Benz, riche à plus d'un million, ayant une sœur qui n'est pas sa sœur. D'une belle-mère qu'elle ne connaît pas, d'un prêtre, de sa mère qui a mis au monde un enfant mort, qui est parti du cimetière des protestants à Sarrelouis. Monsieur son père emmené par les prussiens d'un verger où sa mère est morte, où on la marchande, etc...

Elle parle avec volubilité croissante, répétition plus fréquente de certains mots ou de certaines choses. Excitée et agitée ; pas de véritable poussée maniaque.

En somme, dépression mélancolique. Hallucinations et illusions visuelles. Affaiblissement intellectuel et démence commençante ; quelques idées de persécution.

Etat physique. — Médiocre, teint jaune, peau sèche, ridée. Nez couperosé ; varicosités très apparentes sur les ailes du nez. (Nous avons appris que depuis quelque temps, la malade s'adonnait à l'alcoolisme, absinthe de préférence.)

Poids, 42 kilog.

Température 37°2.

Urines, ni sucre, ni albumine. Quantité ?

La malade se défend, il est impossible d'explorer ses organes.

Arcus sénile ; tremblement des doigts.

Le 1^{er} décembre. — La malade meurt de pneumonie grip-pale sans avoir subi de modification bien appréciable dans son état mental.

L'autopsie n'a pas été faite.

CHAPTRE IV.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les observations que nous venons de rapporter présentent un trait commun. Chez des malades atteints de lésions athéromateuses plus ou moins accusées, dont les uns présentent un état mental déjà entaché de sénilité, dont les autres montrent un véritable délire chronique, dont quelques-uns, enfin, paraissent à peu près indemnes de troubles cérébraux, se développent des troubles psychiques à allure aiguë ou subaiguë qui revêtent le type de la confusion mentale et de la mélancolie anxieuse, et se lient fréquemment à l'évolution d'une maladie infectieuse.

Les épisodes délirants apparaissent, soit à la période aiguë de l'affection, en rapports assez intimes avec l'intensité de la fièvre, soit dans la période de convalescence.

Chez les malades des observations I, II, VI, l'éclosion du délire se montre au déclin d'une grippe à forme pulmonaire; l'alcoolisme (Obs. XII) peut être mis en cause chez une autre malade.

Quelques cas sont d'une étiologie plus complexe ; mais, dans la plupart des observations, le mauvais état général, la constipation, les troubles dans la dépuraction urinaire (oligurie ou albuminurie) etc. sont évidents, et témoignent d'une atteinte profonde de l'organisme.

Fürstner (1) avait déjà décrit ces états qu'il a constatés onze fois. Il en fait une psychose hallucinatoire qui lui semble en rapport direct avec le processus athéromateux. Ce qui le démontre, dit-il, ce sont les anomalies de la circulation qui en caractérisent la phase prodromique ; la céphalalgie et pesanteur de tête, de légers vertiges, des tendances aux transpirations profuses. Ce sont encore, les troubles de la digestion, la constipation opiniâtre, l'insomnie. Ce sont enfin, au point de vue psychique, la disposition à pleurer facilement, une grande irritabilité, une émotion anormale, des absences de mémoire.

La maladie arrive rapidement à la phase aiguë avec explosion de tous les symptômes ; confusion des idées, désorientation complète des facultés intellectuelles, hallucinations, illusions. L'agitation devient violente, les mouvements désordonnés, inconscients ; le malade quitte son lit, cherche à fuir par la fenêtre ou la porte ; il se vautre par terre, prend les attitudes les plus bizarres, frappe les murs de la tête ou de la main, etc.

L'expression du visage révèle l'obtusion, l'angoisse, la terreur. L'alimentation devient très irrégulière ; souvent refus complet, par suite de la méfiance anxieuse.

(1) Loc. cit., p. 465.

Les symptômes somatiques de cette phase aiguë sont importants à noter ; le pouls est accéléré, irrégulier, petit ; le visage et les extrémités sont légèrement cyanosées ; fièvre dans certains cas, troubles gastriques, teint subictérique, etc. A cela, parfois, viennent s'ajouter des symptômes cérébraux, inégalité pupillaire, hémiparésie de la face et des extrémités, états aphasiques et paraphasiques, violentes céphalées, syncopes, etc.

Tous ces symptômes ne durent pas et peuvent se dissiper peu à peu. Le pronostic de cette forme mentale de la vieillesse n'est, en somme, pas toujours défavorable ; il l'est même beaucoup moins que celui de la mélancolie.

En effet, au bout de quelques mois, la maladie peut présenter de sérieuses améliorations. Fürstner, sur quinze cas observés, en a vu guérir six ; un des malades devint plus lucide et plus calme, deux tombèrent dans l'incurabilité, et enfin deux moururent de pneumonie.

Sur le total de nos observations, nous pouvons compter quatre guérisons (Obs. I, II, III, VI) ; une amélioration (Obs. IV) : la cessation des troubles mentaux est telle que la malade pourrait sortir, si on la réclamait ; deux cas (Obs. X et XII) où la mort, causée par l'apparition de maladies intercurrentes, empêche d'en suivre l'évolution clinique.

La malade de l'obs. IX, sortie sur la demande de son mari, peut rentrer dans le cadre des non-guéries.

Il ne nous reste que deux observations V et XI; les malades qui en font l'objet sont encore à l'Asile, et nous ne saurions nous prononcer d'une façon formelle et précise sur la marche du complexe délirant.

Fürstner fait encore une remarque importante. Les malades guéris ont complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé durant leur maladie, ou du moins n'en ont gardé qu'une impression bien vague, bien indécise. Tout s'est passé comme dans un songe, dit une de nos malades (Obs. VI).

Ces troubles peuvent récidiver; un des malades de Fürstner, à la suite d'une opération grave (herniotomie), eut un nouvel accès dont il guérit de nouveau quoique âgé de 69 ans.

Nous n'avons rien à ajouter à cette description clinique, mais nous rappellerons que, depuis le travail de Fürstner, les auteurs qui se sont occupés de la confusion mentale (Chaslin, etc...) se sont ralliés à la théorie infectieuse de cet état dont il suffit actuellement de constater le tableau symptomatique pour soupçonner l'origine infectieuse, toxique, auto ou exogène. Il en est de même du délire de rêve qui n'est du reste qu'une modalité de la confusion mentale et représente pour Régis (1) le délire habituel des intoxications et des infections.

Nos conclusions seront les mêmes pour une autre forme relevée dans nos observations (III, V, VI, VII),

(1) Le délire de rêve chez les vieillards. Congrès de Méd. ment. Bordeaux, 1895.

la mélancolie anxieuse, dont le tableau clinique a été supérieurement peint chez l'adulte par Maudsley (1).

M. Ritti (2) en a résumé les caractères particuliers chez le vieillard : « L'anxiété est extrême et peut
« s'accompagner d'agitation violente, les troubles déli-
« rants consistent surtout en idées de ruine, de culpa-
« bilité, parfois aussi de damnation, en craintes pour
« l'avenir, etc. L'excitation érotique est souvent portée
« à son comble et se manifeste en paroles, gestes,
« actes, etc. »

Les impulsions violentes sont de règle, et consistent surtout en voies de fait sur les personnes de l'entourage. Les propensions au suicide ne sont pas rares.

C'est encore une des tendances de l'école moderne de considérer la mélancolie anxieuse comme une forme symptomatique révélatrice d'un état infectieux ou peut-être plutôt auto-toxique.

Ainsi donc, maladie infectieuse constatée, antérieure au début des troubles psychiques ou à leur aggravation paroxystique, forme clinique revêtue par ces troubles psychiques, tout concorde à faire admettre ici une relation de cause à effet entre la maladie infectieuse et le délire épisodique. L'état de sénilité et d'athérome des sujets a été le terrain de prédisposition.

Nous n'avons pas à discuter ici si cet athérome lui-même ne relève pas d'une cause infectieuse ; le rapport de Coulon a posé la question et c'est l'affaire de l'avenir de la résoudre.

(1) La Pathologie de l'esprit. — Voir aussi Toulouse, Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. Thèse de Paris, 1891.

(2) Loc. cit., p. 21.

Insister sur la qualité des conceptions délirantes chez nos malades serait presque tomber dans des redites; le tableau détaillé que nous avons tracé du sénile, pouvait le faire prévoir et explique réellement la façon dont il se comporte dans le cours d'un intermède délirant : on ne délire qu'avec ce qu'on a.

Les conceptions délirantes sont absurdes et peu renouvelées, mal soutenues par des associations d'idées restreintes et mal coordonnées, alors que chez le mélancolique à cerveau valide les idées délirantes sont plus riches, plus diffuses, moins restreintes. Elles sont, comme chez la plupart de nos malades, puériles, enfantines, niaises; en un mot, cette symptomatologie si changeante ne diffère de la symptomatologie des psychoses de l'adulte que par le fonds de déchéance psychique intellectuelle et morale, qui apparaît tôt ou tard, et qui est inaccessible à toute thérapeutique.

Avant d'en finir avec cette esquisse clinique, nous insisterons sur quelques symptômes qui, par leur fréquence, leurs caractères, nous ont paru dignes de fixer notre attention.

L'insomnie que nous avons soigneusement consignée dans la plupart de nos observations est un symptôme qui fait rarement défaut; son importance est capitale (1); c'est là, à notre avis un signe de la plus haute valeur, et quand il se présente avec des caractères bien nets, accompagné d'inquiétude nocturne, de cauchemars, de visions effrayantes, il doit éveiller l'attention sur la

(1) Voir Bride, loc. cit.

possibilité d'un état toxique, ou d'une auto-intoxication gastro-intestinale ou rénale ; avant de délirer, il semble que le vieillard commence par mal dormir.

Nous insisterons enfin sur l'hallucination de la vue et sa fréquence chez nos malades, c'est encore un signe d'une importance capitale. Goudal, Thivet, Ollivier étudiant les hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale chez le sénile remarquent que les plus communes sont celles de la vue ; nous les avons trouvées avec le caractère terrifiant, signalé par les auteurs, plutôt désagréables que gaies avec ce cachet d'enfantillage, de naïveté puérile commun à nos malades : elles sont mobiles, multiples fugaces avec exacerbation hypnagogique. On les trouve même dans une forme que l'on rencontre assez souvent parmi les psychoses de la vieillesse, le délire de persécution à évolution rapide et à type épisodique (1), tandis qu'elles sont exceptionnelles dans le délire de persécution de l'adulte, où l'hallucination de l'ouïe est la règle. La plupart des auteurs en font une hallucination toxique, soit directe, soit surajoutée, et la constatation de ce phénomène vient encore à l'appui de notre manière de voir.

Nous nous bornerons, pour en finir, à rappeler, à côté de nos cas, les six observations de Vergely dont nous avons parlé dans notre historique, cas qui se rapprochent absolument des nôtres et dans lesquels la psychose paraît intimement liée à l'évolution d'affections pulmonaires.

(1) Ritti, loc. cit.

Taty et Toy. — Variétés cliniques du délire de persécution. *Ann. Méd. Psych.*, 1897.

Souvent, lorsque nous avons pu recueillir des urines de nos malades, l'examen de ces dernières y a décelé des traces manifestes d'albumine, qui semblait disparaître avec l'amélioration des troubles délirants épisodiques; nous aurions voulu noter l'élimination des 24 heures, mais nous nous sommes heurté à des difficultés parfois insurmontables, étant donnés la turbulence des malades, leur gâtisme, toutes circonstances qui nous empêchaient de réaliser nos recherches et de recueillir la quantité totale des urines.

Malgré tout, nous croyons devoir attirer l'attention de ce côté et recommander, avec M. le professeur Pierret, d'examiner *qualitativement* et *quantitativement* les urines dans les cas analogues, si l'on veut être renseigné sur le fonctionnement d'un des côtés les plus accessibles de la dépuración de l'organisme (1).

Quel est le mécanisme pathogénique de ces délires transitoires? Il est facile de l'esquisser en rapprochant les données acquises sur l'action de l'athérome et de l'involution sénile, telles qu'elles résultent de notre exposé du début de ce travail, de ce qu'on sait aujourd'hui de l'action des toxines sur le système nerveux central. La cellule nerveuse, troublée dans son expansion par le processus sclérosant caractéristique de l'involution sénile, troublée dans sa nutrition par l'effet des lésions de l'appareil circulatoire, ne peut supporter

(1) Voir Parizot, loc. cit.

Jacquin. — Du sérum artificiel en psychiatrie. *Ann. Méd. Psych.*, mai, juin 1900.

le travail éliminatoire supplémentaire que lui impose la présence de l'agent infectieux ou toxique surajouté. C'est un phénomène de claudication intermittente, comme l'a dit M. Potain dans sa clinique, dont la durée est proportionnée à l'intensité de l'action toxique et à la résistance de l'élément noble et dont l'issue, guérison relative ou démence terminale irréparable, ou même mort par délire aigu et épuisement définitif, est en raison directe des mêmes conditions.

Quelle que soit l'interprétation pathogénique qu'il faille donner de pareilles observations, les faits démontrés par nos premières, n'en subsistent pas moins et dès lors, ils engendrent des conséquences importantes.

Nous avons déjà vu que Fürstner ne regardait pas la confusion mentale ou la mélancolie anxieuse des vieillards comme incurable. Nos résultats viennent corroborer les siens.

En présence de pareils états symptomatiques, il sera donc prudent de réserver le pronostic du côté favorable. Fürstner signale des guérisons après trois mois. Dans nos cas, la maladie s'est jugée plus vite et l'amélioration a été souvent obtenue avant le troisième mois, quelquefois au bout d'un mois et demi.

De là les deux conséquences suivantes :

1° Ces états doivent être traités ; il ne suffira pas, en présence d'accidents semblables, de poser le diagnostic de démence sénile, il faudra, de toute nécessité, faire bénéficier ces malades des données modernes et des saines tendances de la psychiatrie actuelle. Il faudra les considérer à priori comme des malades aigus curables. M. Vallon, étend cette ligne de conduite, et

avec une haute raison, même aux accès mélancoliques simples qu'il appelle les mélancolies séniles *ab miseria* (1) et voudrait les voir traiter dans les hôpitaux de maladies mentales aiguës et non dans les asiles d'incurables, conclusions auxquelles nous aimons à nous rallier.

Il faudra donc les traiter à la fois pour l'affection intercurrente et pour l'état de fond sur lequel elle s'est greffée.

L'emploi de la médication iodurée et alcaline, l'adjonction de la spartéine à dose journalière de 5 centigrammes à 10 centigrammes, ainsi que procède M. le professeur Pierret, les purgatifs doux, les diurétiques, les lavements et les injections de sérum artificiel (2) pourront encore rendre ici des services signalés. Quant aux règles d'hygiène, elles sont contenues dans les sages préceptes par lesquels M. Potain termine sa leçon sur l'athérôme : « Vous recommanderez à vos malades d'éviter les grands repas, les boissons abondantes, le travail intellectuel ; vous leur direz de ne pas faire de longs voyages en voiture, plusieurs de leurs pareils s'en sont mal trouvés. Ils fuiront les émotions violentes ; plus d'un de nos hommes politiques n'y ont point résisté, car ils les subissent mal à un âge avancé. La joie est aussi chose à craindre ; les grandes joies sont pour les jeunes gens. Pour me résumer, enfin je puis réunir tous ces préceptes dans cet aphorisme :

(1) Congrès de Méd. mentale de Bordeaux, 1895. T. II, p. 13. — Voir aussi A. Marie, Remarques sur l'état mental de quelques séniles. Ibid., p. 32.

(2) Jacquin. Loc. cit.

l'art d'éviter les accidents de l'athérome, c'est de recommander la modération toujours, l'excitation jamais. »

Il nous reste à dire quelques mots au sujet de l'adjuvant de tout traitement des troubles cérébraux : l'isolement. Il est ici tout indiqué et pourra facilement être obtenu en raison de la faiblesse physique des malades. Dans la classe aisée, quand il pourra être réalisé, il suffira, étant donnée la courte durée habituelle de ces épisodes délirants et on pourra éviter de recourir à l'internement dans un Asile, épargnant ainsi à une famille une situation pénible et inutile. Dans la classe pauvre il faut, au contraire, comme le conseille dans ses leçons M. le professeur Pierret, interner le plus tôt possible, l'internement étant pour les gens à ressources pécuniaires minimales, le moyen le plus prompt et le plus efficace d'assistance et l'adjuvant puissant du traitement.

Il peut se faire que, pour les malades riches, un épisode délirant serve de prétexte à provoquer une interdiction désirée depuis que le sujet a commencé à donner des signes de déchéance sénile. Il importerait ici, à l'expert, de ne pas s'en laisser imposer par les signes de confusion mentale surajoutée pour conclure à une démence avancée.

Il serait prudent de prolonger et de réitérer l'observation, de bien se souvenir que ces symptômes s'amendent considérablement au bout de peu de temps et laissent parfois constater, après leur disparition, un état mental beaucoup moins troublé qu'on ne l'aurait cru tout d'abord.

CONCLUSIONS.

I. — On voit apparaître assez fréquemment chez les vieillards athéromateux des délires transitoires revêtant de préférence les types : *confusion mentale* ou *mélancolie anxieuse*, avec hallucinations de la vue, idées de ruine, d'indignité, de persécution.

II. — Ces délires sont souvent consécutifs à un état infectieux (grippe, affections broncho-pulmonaires, etc.). Ils disparaissent avec le traitement approprié au bout d'un temps relativement court (de 2 à 3 mois) et se terminent généralement par la guérison, si la maladie infectieuse n'a pas été d'une gravité suffisante pour entraîner la mort, ne laissant derrière eux que l'état mental sénile antérieur, parfois un peu aggravé.

III. — Il découle de ce fait clinique des conséquences importantes :

a) Au point de vue du pronostic : un accès aigu surajouté de ce genre a des chances sérieuses de s'amender.

b) Au point de vue du traitement : ces accès sont justiciables d'un traitement destiné à éliminer les toxines ou les produits d'auto-intoxication. Régime lacté, bains, lavements ou injections de sérum artificiel combinés avec l'emploi de l'iodure de potassium et de la spartéine.

c) Au point de vue enfin médico-légal :

L'internement dans un asile d'aliénés et ses conséquences sociales pourront être parfois évités au moins aux malades de la classe aisée et des mesures hâtives de protection légale tendant à l'interdiction, pourront être ajournées.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SOULIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, et Permis d'imprimer :

Lyon, le 4 juillet 1900.

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE.

- F. BEADLES. — Sur les lésions de dégénérescence du système artériel chez les aliénés. *Journ. of Mental Science*, janvier 1895. Anal. in. *Arch. Neurol*, 1896. I. p. 223.
- BOY-TEISSIER et SESQUÈS. — Le cœur sénile normal. *Revue de Médecine*, 1899.
- BRIDE. — Le sommeil et l'insomnie chez les vieillards. Th. Lyon, 1888.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral de l'homme. Paris, 1844.
- COULON. — Rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Angers, 1898.
- DUPRAT. — L'instabilité mentale, 1899.
- ESQUIROL. — *Dictionnaire des sciences médicales*. T. VIII. p. 293, Paris 1814.
- FÜRSTNER. — Ueber die Geistesstörungen des Seniums. *Archiv. für Psych. und Nervenkrankh.*, T. xx, 1889.
- JACQUIN. — Du sérum artificiel en psychiatrie. *Ann. Méd. Psych.* Mai-juin 1900.
- KRAFFT-ÉBING. — Traité clinique de psychiatrie, 1897.
- LEGRAND DU SAULLE. — Le délire des persécutions. Paris. 1871.
- MABILLE. — La folie chez les vieillards. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1895.
- MAHON. — Contribution à l'étude des psychoses séniles. Délire de persécution chez les séniles Th. Bordeaux, 1896.
- A. MARIE. — Remarques sur l'état mental de quelques séniles. Congrès des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 1895.
- MAUDSLEY. — La pathologie de l'esprit.
- MOREL. — Etudes cliniques. — Traité théorique et pratique des maladies mentales. Paris, 1852.

- PARISOT. — De quelques troubles psychiques et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile. Congrès des méd. alién. et neurol., Nancy, 1896.
De la toxicité urinaire au cours de la démence sénile simple et avec manifestations vésaniques. Ibid.
- PÉCHARMAN. — Psychoses de la vieillesse. Th. de Paris, 1893.
- POTAIN. — L'athérome. Leçon clinique recueillie par le docteur Saingery *Journ. de Med. int.*, mars 1899.
- RÉGIS. — Le délire de rêve chez le vieillard. Congrès des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 1895.
- RIBOT. — Les maladies de la mémoire. Paris, 1881.
- RITTI. — Les psychoses de la vieillesse Rapport au Congrès des méd. alién. et neurol. de Bordeaux, 1895.
- SCABIA. — Sur certains épisodes à caractère confusionnel surtout stupide chez les déments. *Ann. di Freniatria e Scienze affini*, vol. VIII, f. 2, juin 1898.
- SCHEFFLER. — Etude médico-légale de l'état mental des vieillards. Th. Lyon, 1896.
- SÉGLAS. — Du délire des négations. — Délires séniles et psychoses tardives. Leçons cliniques sur les malad. nerv. et ment., 1895.
- TATY et TOY. — Variétés cliniques du délire de persécution. *Ann. Med. psych.*, 1897.
- TOULOUSE. — Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. Th. Paris, 1891.
Les causes de la folie, 1896.
- VALLON. — Mélancolie ab miseria. Congrès des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 1895.
- VERGELY. — Six cas de psychose dans la vieillesse. Congrès des méd. alién. et neurol., Bordeaux, 1895.
- A. VOISIN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière. Paris, 1883.
- WILLE. — Die psychosen des Greisenalters *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, t. xxx, 1873-1874.
- ZIEHEN. — Psychiatrie für Aerzte und studirende. Berlin, 1894.

TABLE DES MATIÈRES.

	PAGES
Introduction.	5
CHAPITRE I. — Historique	9
CHAPITRE II. — Les caractères psychologiques de la vieillesse et les effets de l'athérome sénile.	20
CHAPITRE III. — Observations	38
CHAPITRE IV. — Considérations générales	75
Conclusions	87
Bibliographie	89



